

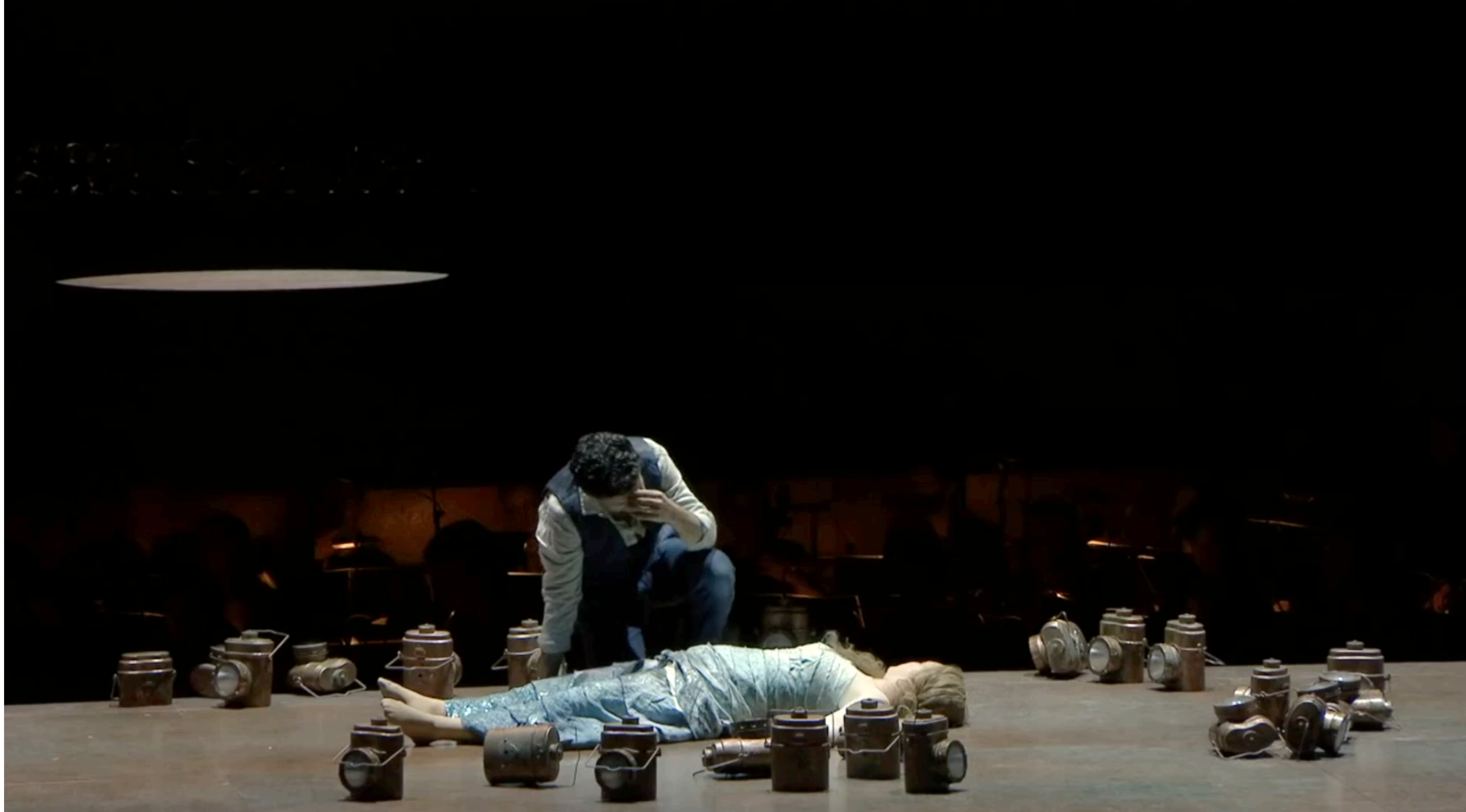
SEMINARIO DE LA PÉRDIDA



Manuel Hernández ©

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

ManuelHernández
GESTIÓN EMOCIONAL

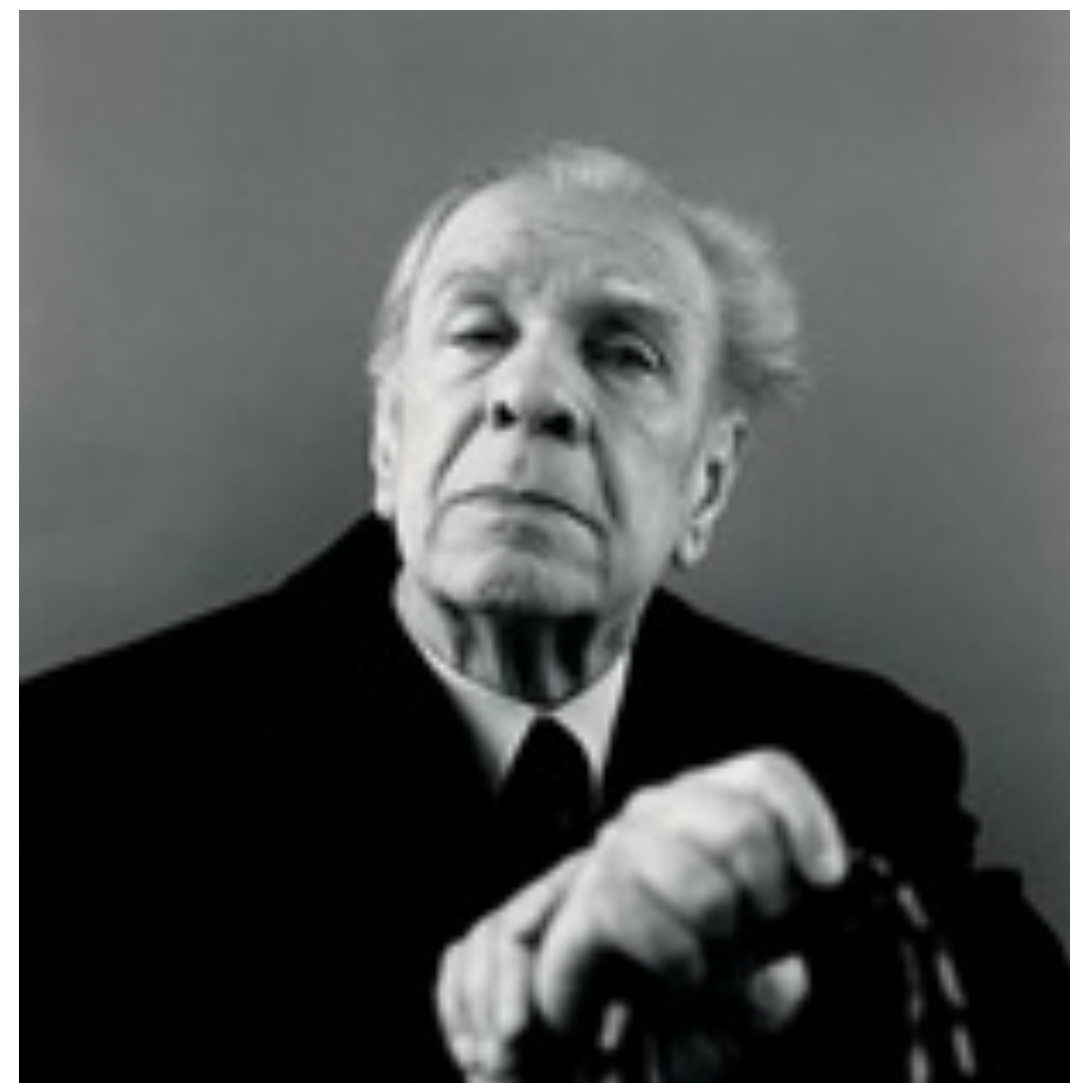


Manuel Hernández ©

...¿QUE EXTRAÑO SUEÑO ES ESTE QUE SE HA APODERADO DE TI? TE HAS VUELTO OSCURO Y NO PUEDES OÍRME ¿CUANDO YO MUERA NO SERÉ ACASO COMO ENKIDU? LA PENA INVADIR MI CORAZÓN TENGO PENA DE LA MUERTE



“La muerte (o su alusión) hace preciosos y patéticos a los hombres. Estos conmueven por su condición de fantasmas; cada acto que ejecutan puede ser último; no hay rostro que no esté por desdibujarse como el rostro de un sueño. Todo entre los mortales tiene el valor de lo irrecuperable y de lo azaroso.”



¿QUE TE INSPIRA ESTA IMAGEN?



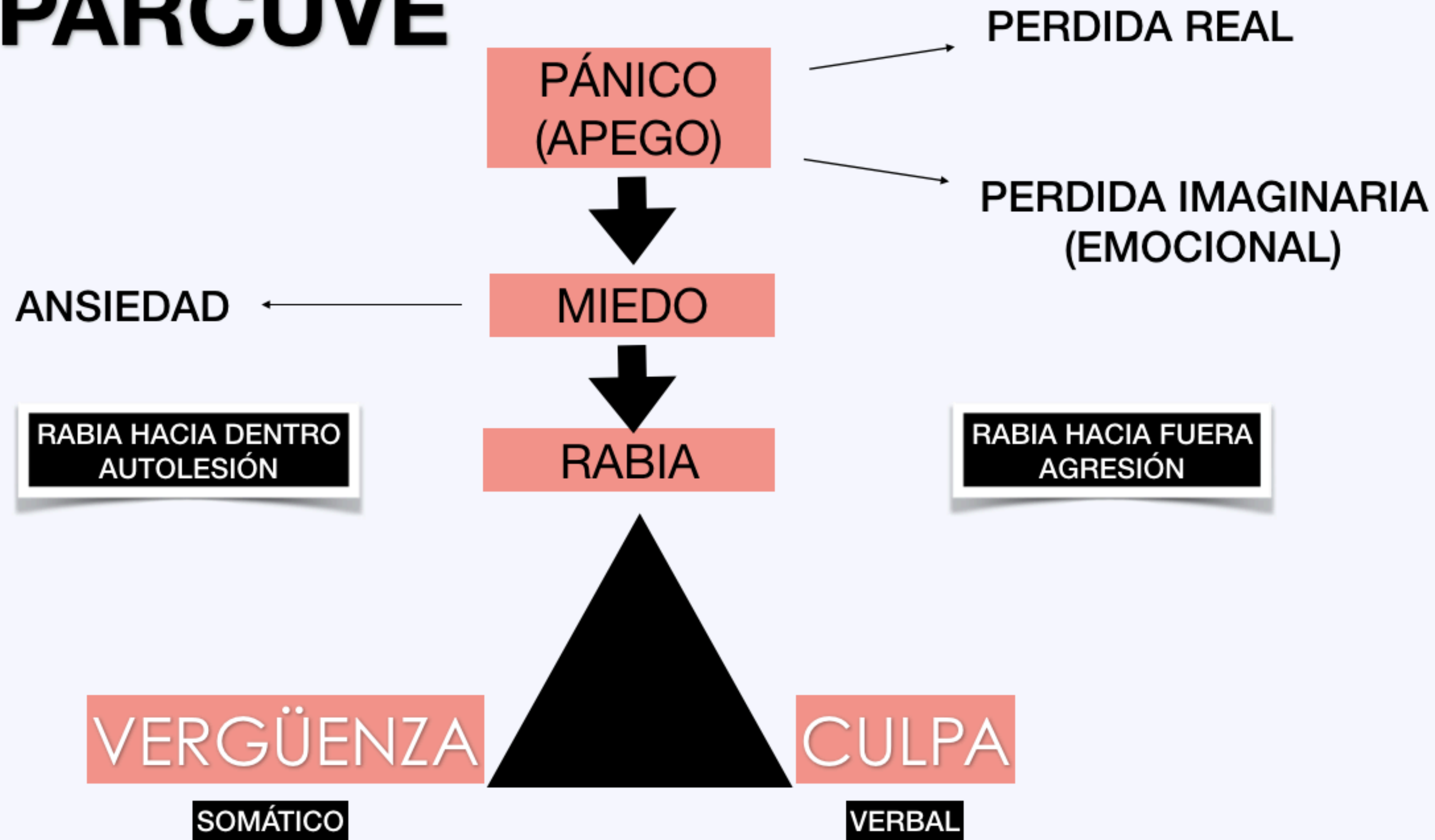
...ESO ES UNA QUALIA

Manuel Hernández ©



Los **árboles del paraíso** son dos árboles que aparecen en el **Antiguo Testamento** en la historia del **Jardín del Edén**. Uno de ellos es conocido como el "**Árbol del conocimiento del bien y del mal**" (simplificado como *Árbol del Conocimiento*; en hebreo עֵץ הַדַּעַת טוֹב וָרָע "Etz haDaat tov V'ra"),¹ y el otro es el "**Árbol de la vida**". Según el Génesis, estaba prohibido para **Adán** y **Eva** comer del primero, y luego de la desobediencia del mandato divino, éstos son expulsados

PARCUVE





Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

ManuelHernández
GESTIÓN EMOCIONAL

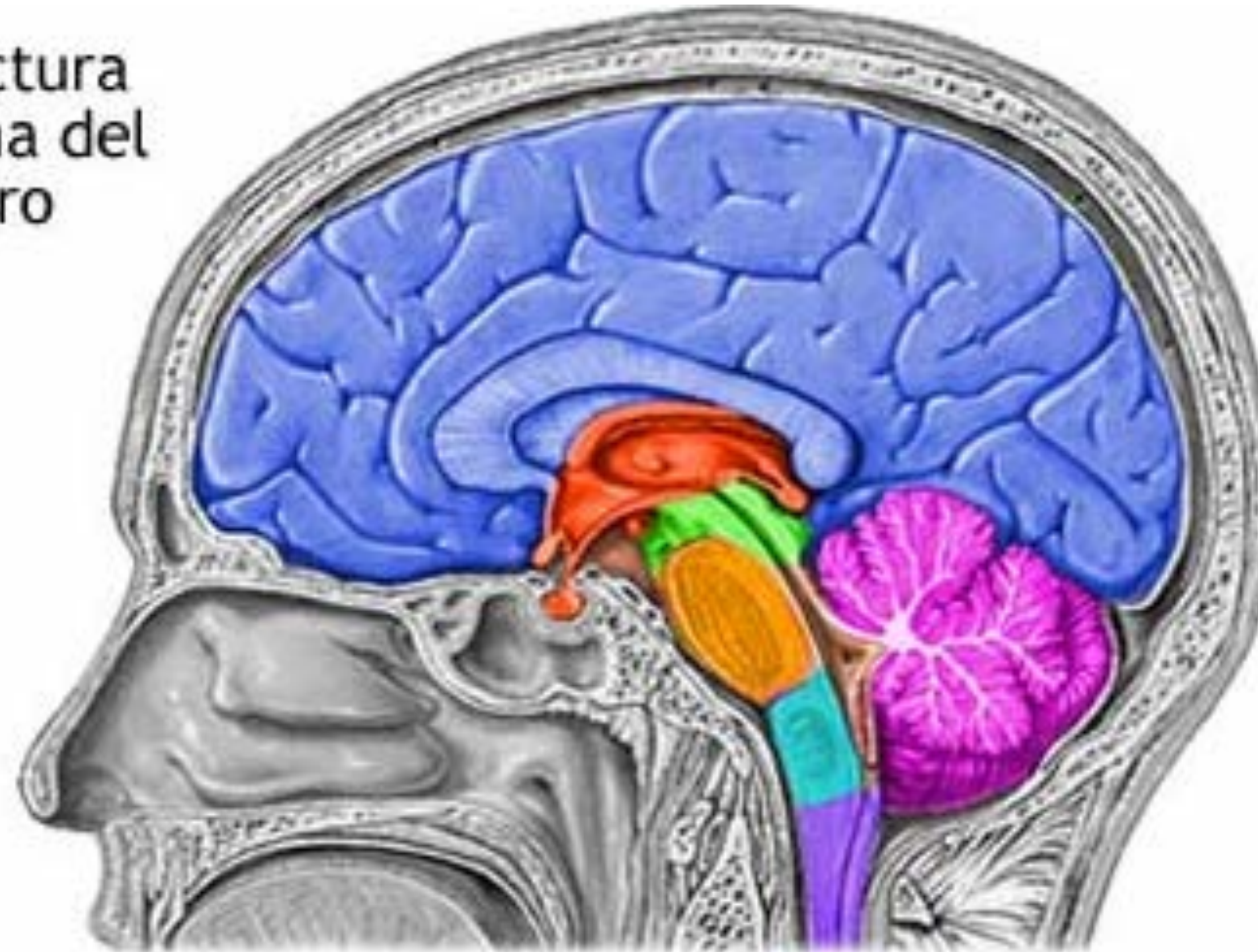


Manuel Hernández ©

NEUROBIOLOGÍA DE LA PERDIDA

Manuel Hernández ©

Estructura interna del cerebro



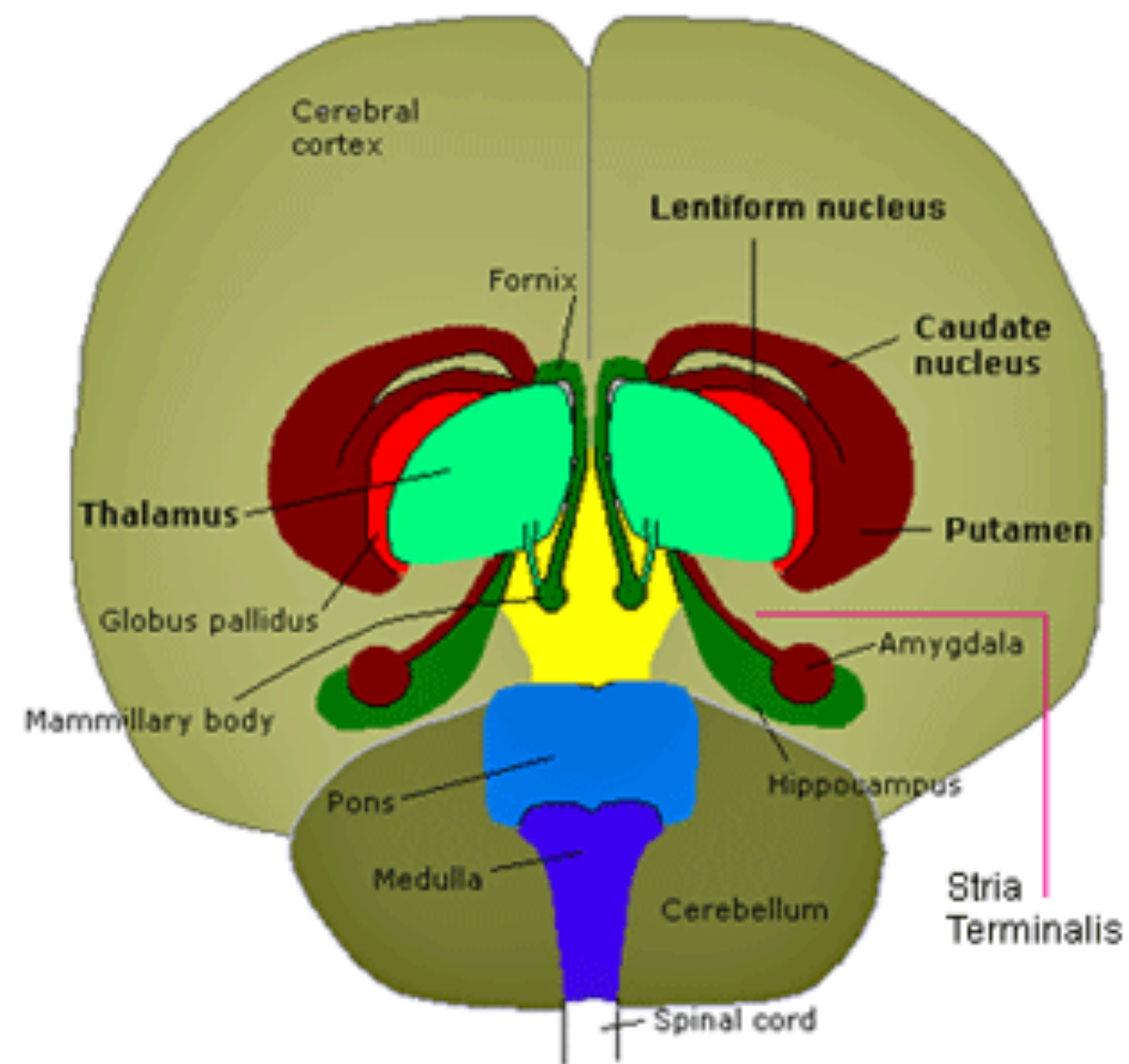
■ Médula espinal
■ Bulbo raquídeo

■ Cerebelo
■ Cerebro medio

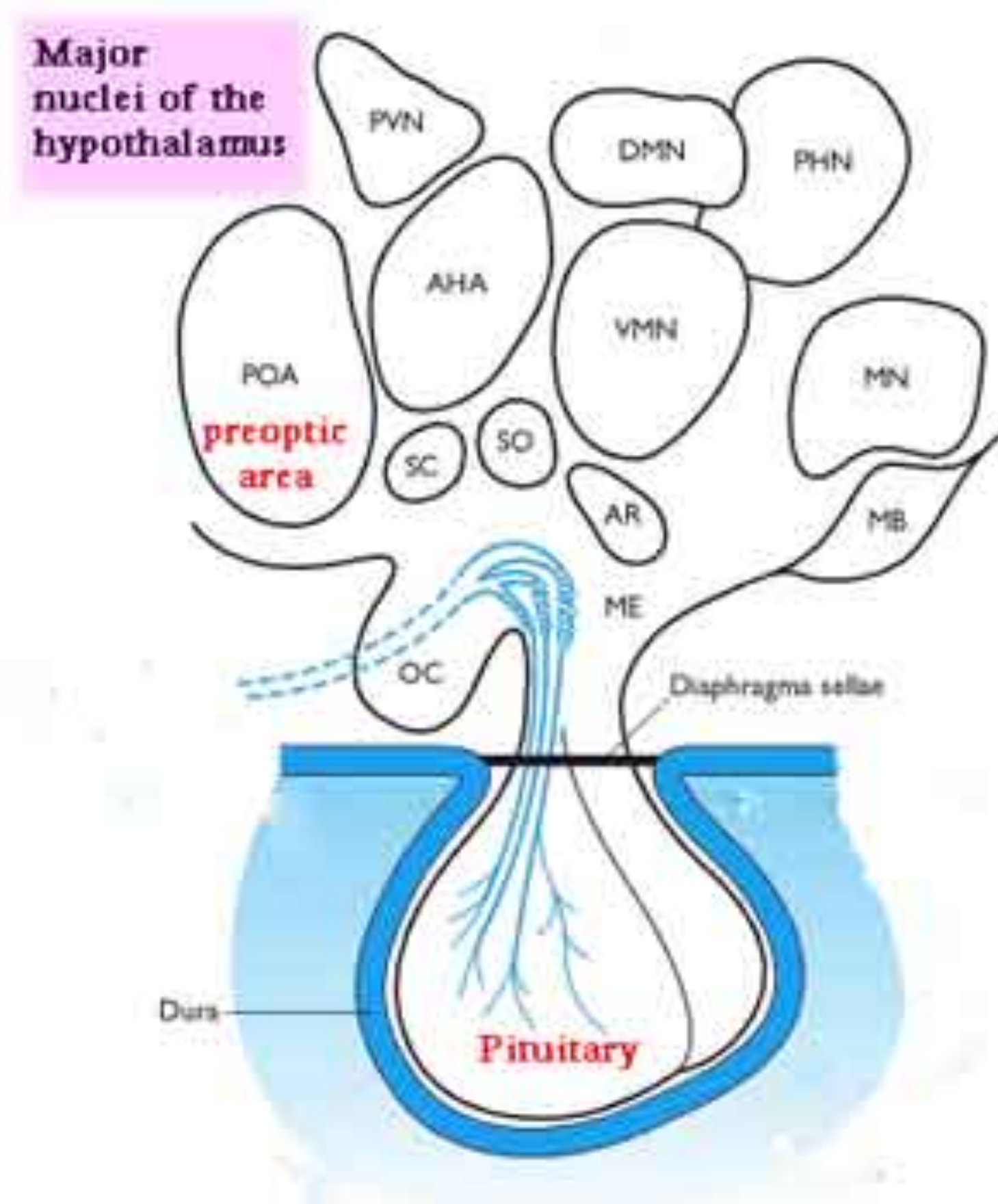
■ Diencéfalo
■ Hemisferio cerebral

■ Puente de Varolio



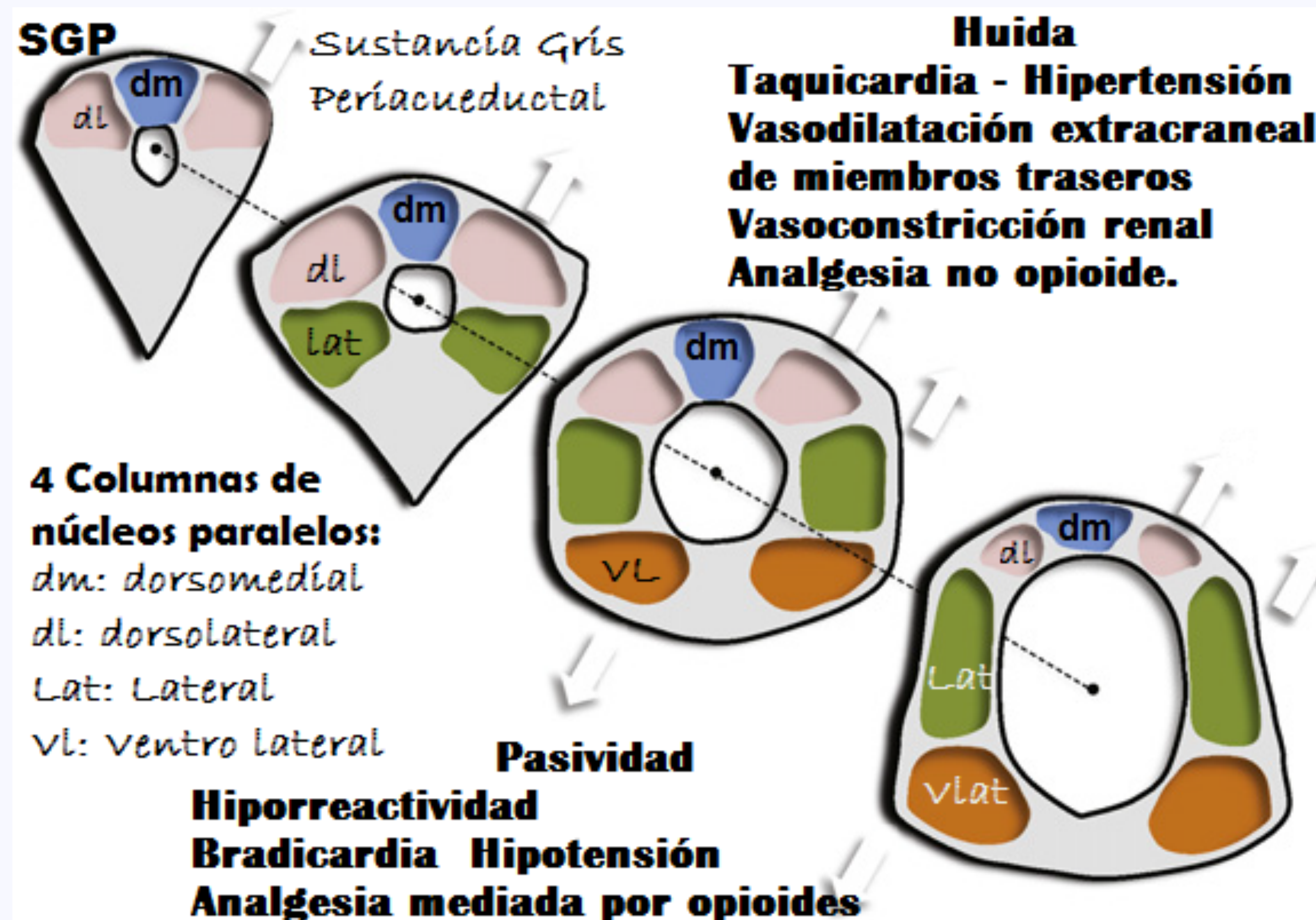


The brain as viewed from the underside and front. The thalamus, corpus striatum (putamen and caudate nucleus), and amygdala have been splayed out to show detail.



Un componente importante del neurocircuito PÁNICO / PÉRDIDA es el núcleo del lecho de la estría terminal. Según MedlinePlus Dictionary, la estría terminal es "un conjunto de fibras nerviosas que pasa desde la amígdala a lo largo de la demarcación entre el tálamo y el núcleo caudado, principalmente hacia la parte anterior del hipotálamo con unas pocas fibras que cruzan la comisura anterior a la amígdala en la lado opuesto." En la ilustración de arriba a la izquierda, la estría terminal se une al hipotálamo que está oculto debajo del tálamo.

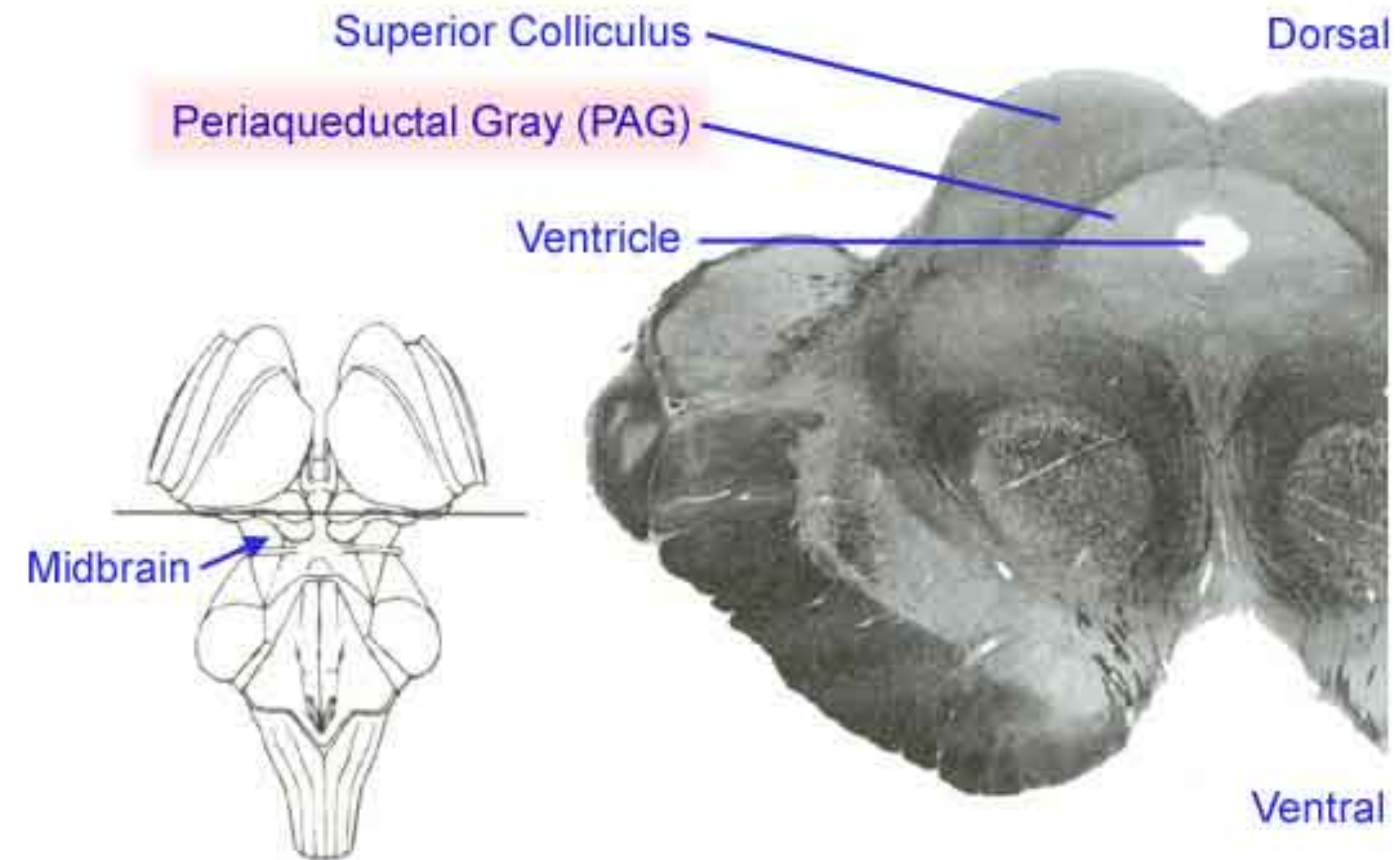
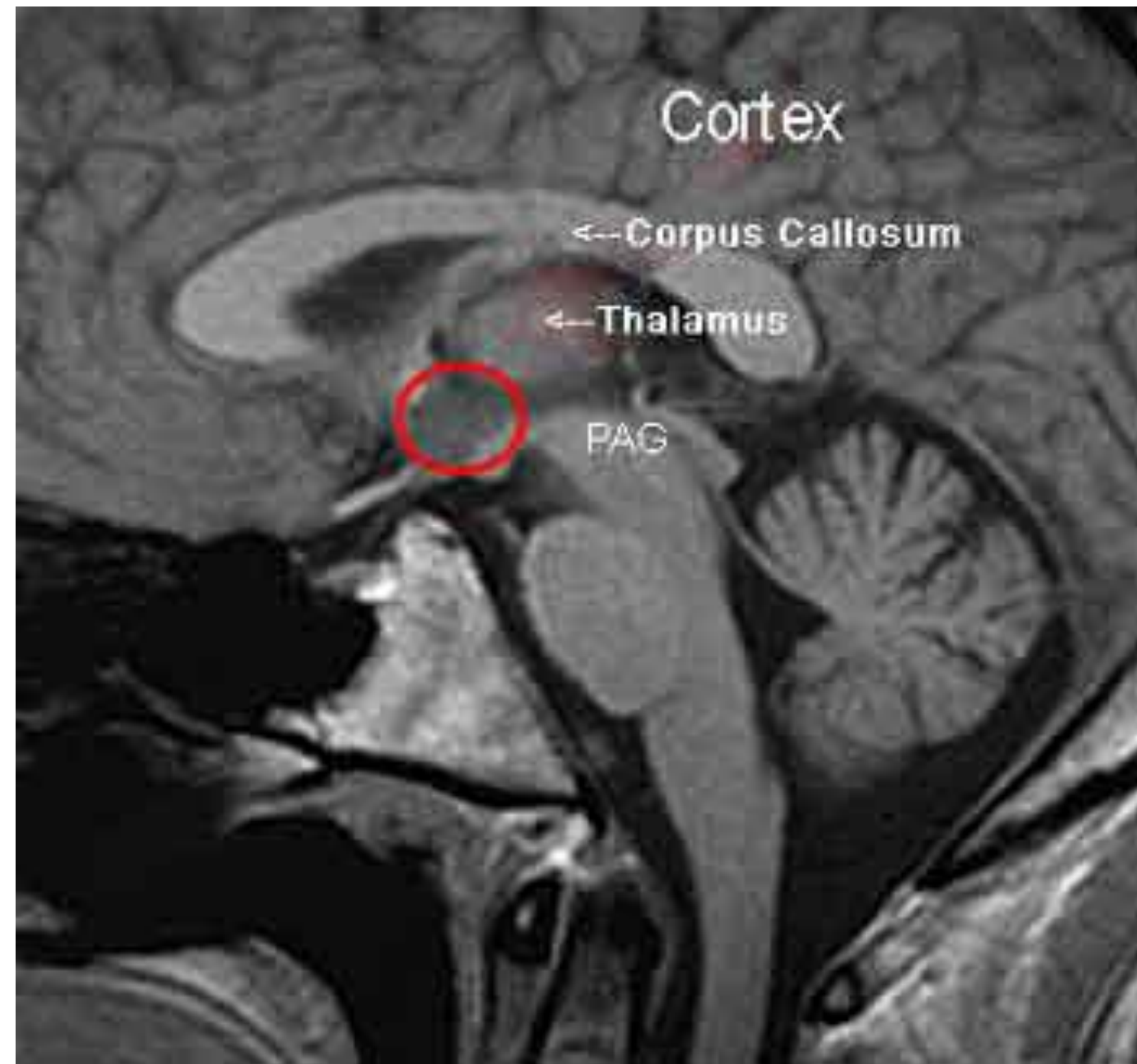
Manuel Hernández ©



La SGPA participa en:

- El control y la expresión de dolor, analgesia, miedo, ansiedad, vocalización, lordosis y función cardiovascular (
- La SGPA lateral (lat) parece coordinar comportamientos defensivos activos, también de analgesia no relacionada a opiáceo y tiene un efecto hipertensor arterial.
- La SGPA ventrolateral (vl) parece coordinar comportamientos pasivos defensivos, relacionada a analgesia opiácea y también tiene un efecto hipotensor.
- En ratas, la estimulación de la SGPA lateral y dorsolateral: evoca estrategias de afrontamiento activo como el comportamientos de lucha / huida, hipertensión arterial, taquicardia y analgesia no mediada por opioides.
- La Estimulación ventrolateral, por otro lado, evoca comportamientos de afrontamiento pasivo como inactividad, hipotensión, bradicardia y analgesia mediada por opiáceos,





El circuito del PANICO comienza en las regiones central del cerebro medio o meséndice, actualmente llamadas comúnmente gris periacueductal (PAG), y asciende a través de estructuras diencefálicas medias, especialmente el tálamo dorsomedial, y termina en las regiones del prosencéfalo anterior del cíngulo anterior más ventral o subcallosal.

La neuroquímica clave que promueven las llamadas de separación (protesta) son la disminución de las químicas de opioides y oxitocina y un CRF elevado, combinado con un aumento del impulso glutaminérgico en los circuitos de PÁNICO del cerebro.

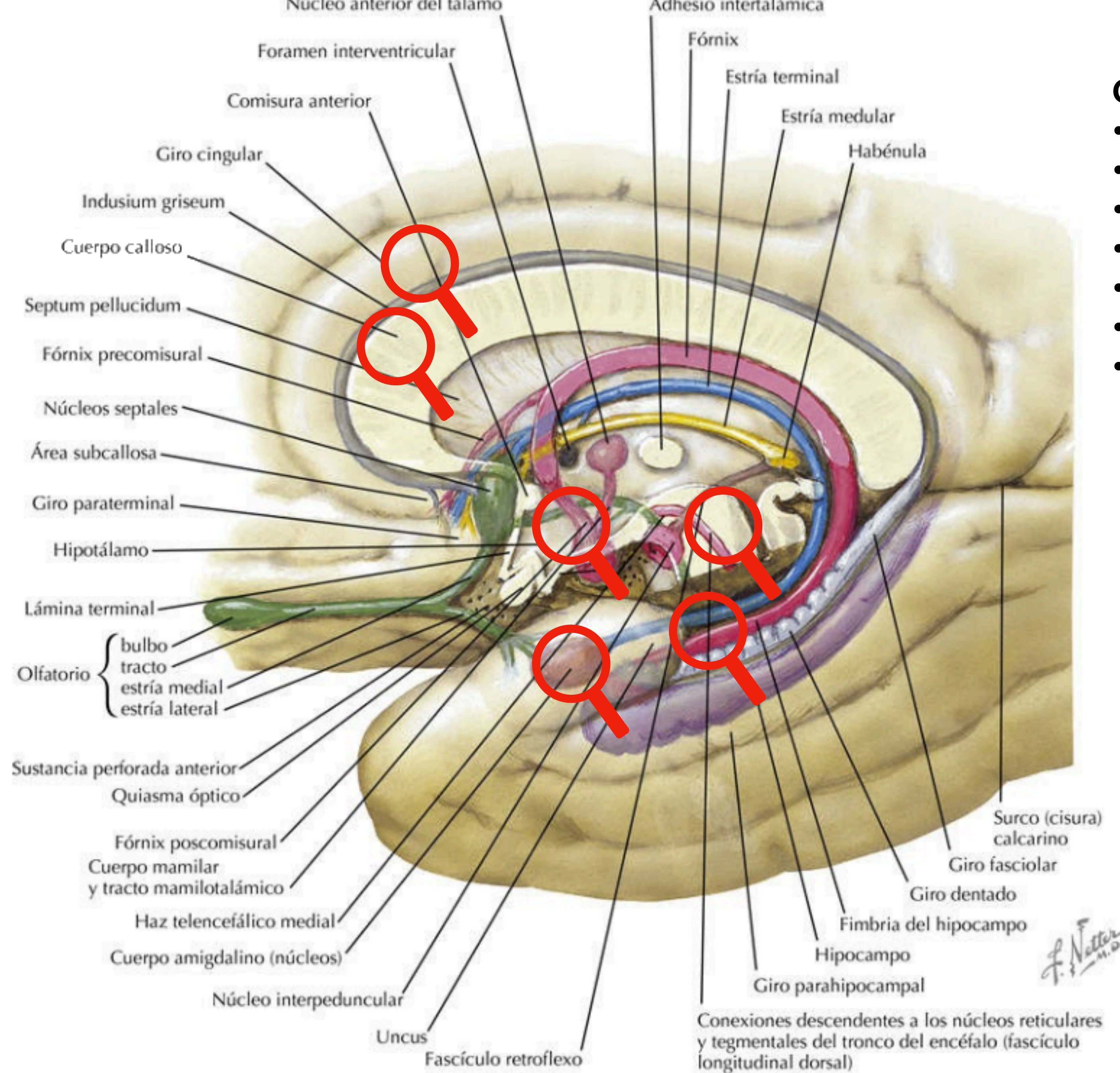


El sistema del PANICO probablemente evolucionó a partir de mecanismos generales de dolor presumiblemente hace más de cien millones de años o más (las aves poseen un sistema homólogo). Este sistema modulado por opioides promueve la conexión social, y ayuda a forjar vínculos sociales y dependencias entre bebés y madres, y probablemente fortalece las relaciones sexuales y, en última instancia, puede ser la base de la solidaridad grupal entre las especies vivas grupales.

Sobre su papel en el apego, sostendríamos que cuando uno extraña a alguien con quien está vinculado, este sistema se despierta en cierta medida, lo que subraya su centralidad en los asuntos sociales humanos. SI NUNCA SE PIERDE A ALGUIEN, ESTO SUGIERE QUE UNO NO TIENE UN APEGO A ESE INDIVIDUO. De hecho, cuando están socialmente separados, las consecuencias afectivas de los vínculos de apego cortados hacen que los individuos sufran de una manera distinta y poderosamente aversiva. Este tipo de dolor psicológico, que la mayoría de los humanos generalmente evitará a casi todo costo, aparentemente es una puerta de entrada a las principales formas de depresión.

Panksepp

Manuel Hernández ©



Órganos implicados en el dolor de la pérdida:

- Amígdala
- Hipocampo
- Núcleo accumbens
- Córtex cingulado
- Precuneo (lóbulos parietales)
- Lóbulos frontales
- Insula

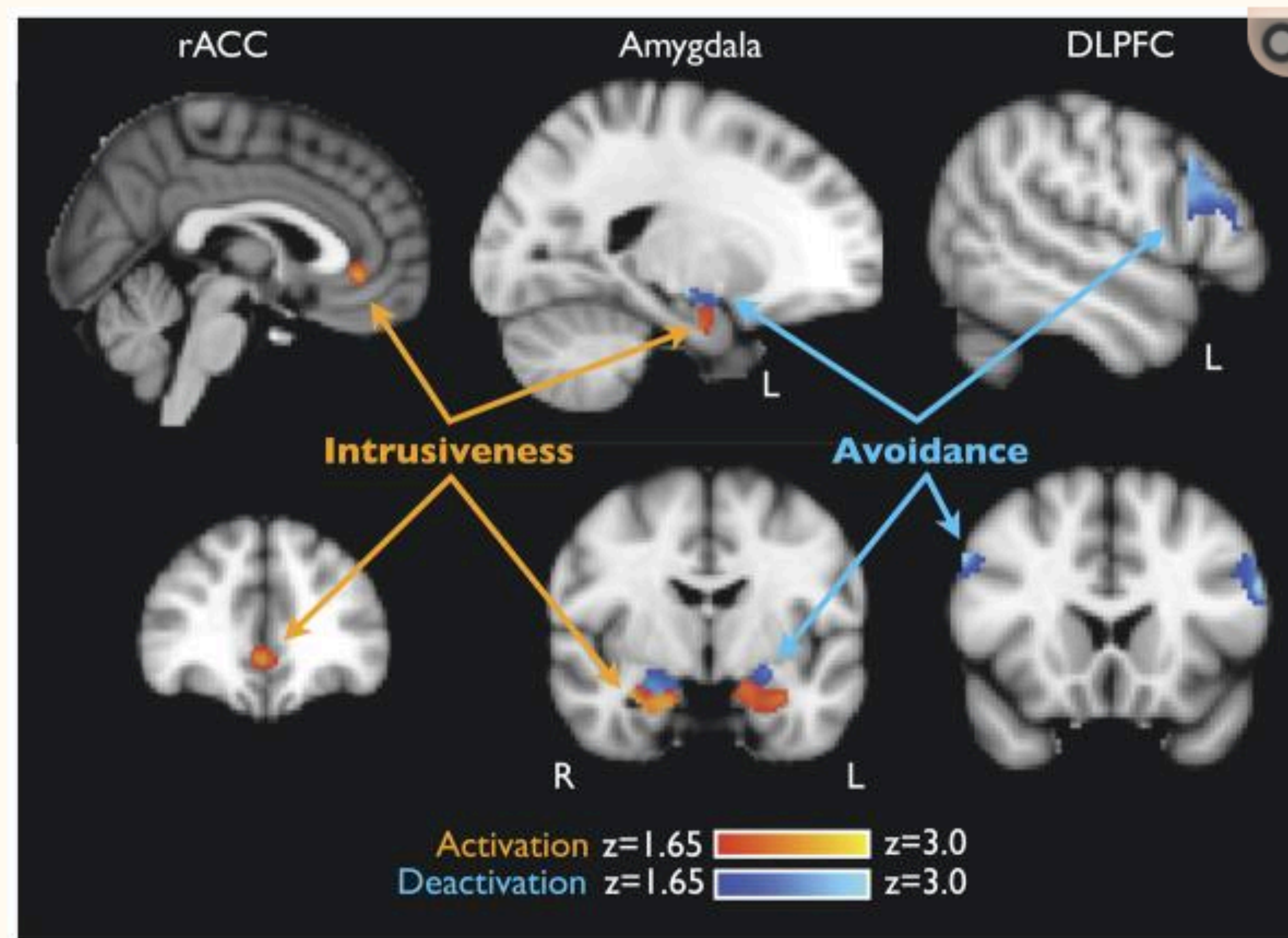


Figure 3

Neural correlates of cognitive grief style. Avoidance and intrusiveness were entered simultaneously as covariates into the GLM with differences in BOLD as the dependent variable. Regions of interest (ROI) were amygdala (left and right, separately), rostral anterior cingulate cortex (rACC), dorsal ACC (dACC), and dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC). Within both the amygdala ROIs, intrusiveness correlated with activation (red) of ventral amygdala, while avoidance correlated with deactivation (blue) of dorsal amygdala. In the control regions, rACC activation correlated with intrusiveness, while DLPFC deactivation correlated with avoidance. Dorsal ACC was not correlated with either measure ($p < .05$, corrected). Coordinates and Z scores are shown in [Table 1](#). ACC, anterior cingulate cortex; BOLD, blood oxygenation level-dependent; GLM, general linear model.

Neural Mechanisms of Grief Regulation

[Peter J. Freed](#), [Ted K. Yanagihara](#), [Joy Hirsch](#), and [J. John Mann](#)

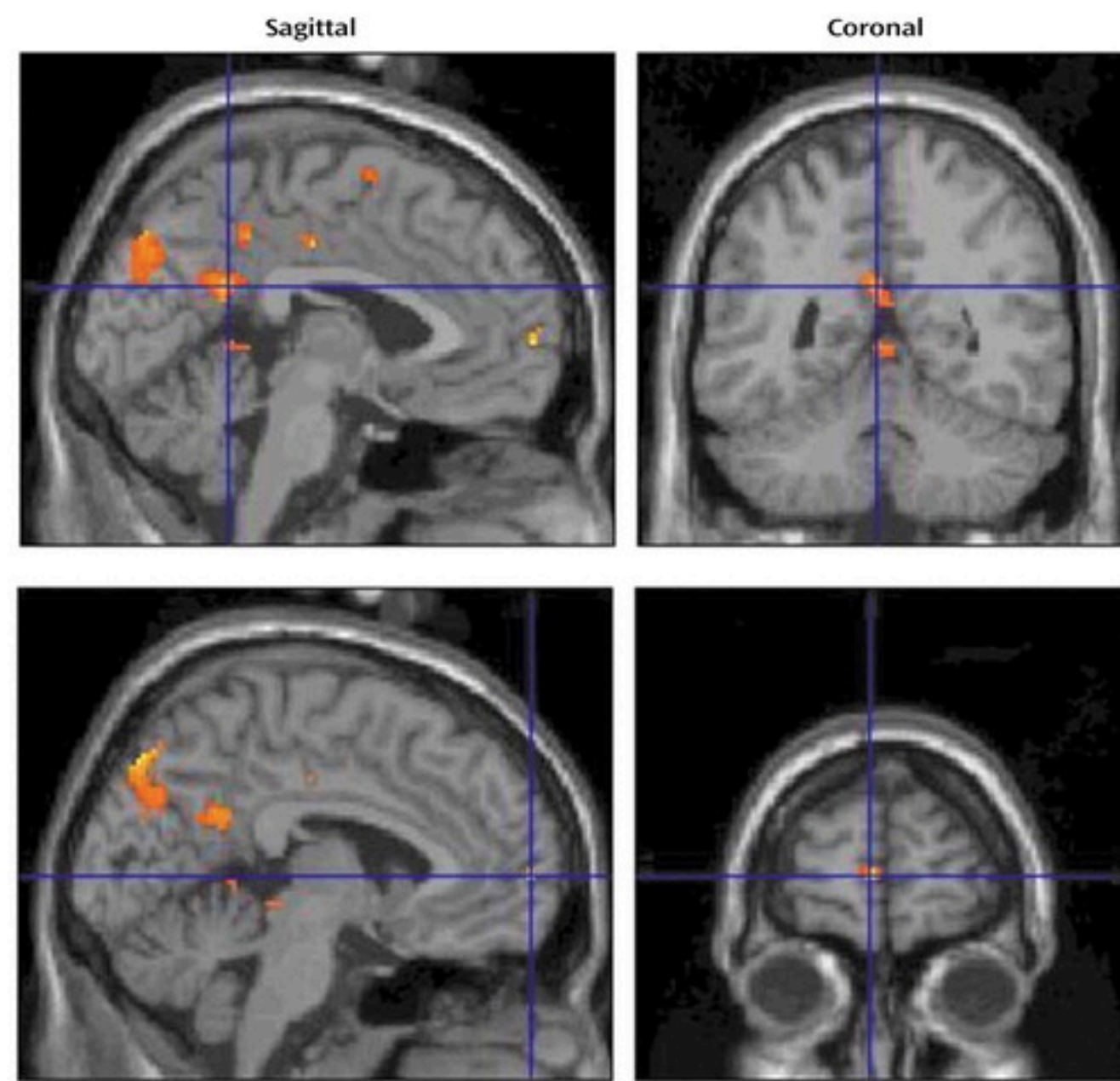


Figure 3. Brain Images Showing Activated Areas in Eight Bereaved Women Responding to Grief-Related Words (Word Factor) in Picture-Word Composites^a

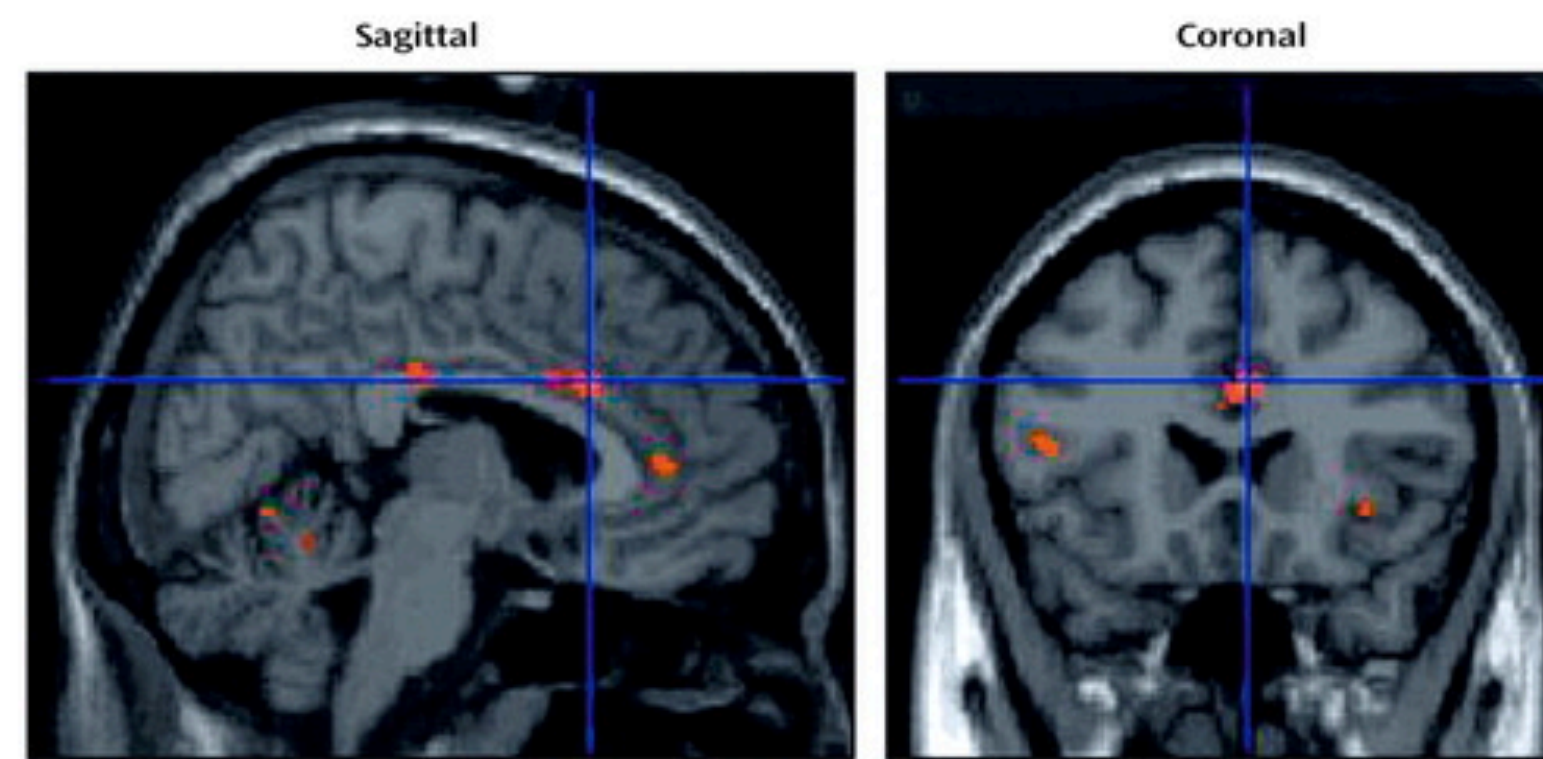


Figure 4. Brain Images Showing Activated Areas in Eight Bereaved Women Responding to a Photograph of the Deceased Relative (Person Factor) in Picture-Word Composites^a

MONOAMINAS

TEGMENTUM

•

DOPAMINA

**LOCUS
COERULEUS**

•

NORADRENALINA

**NÚCLEO DEL
RAFE**

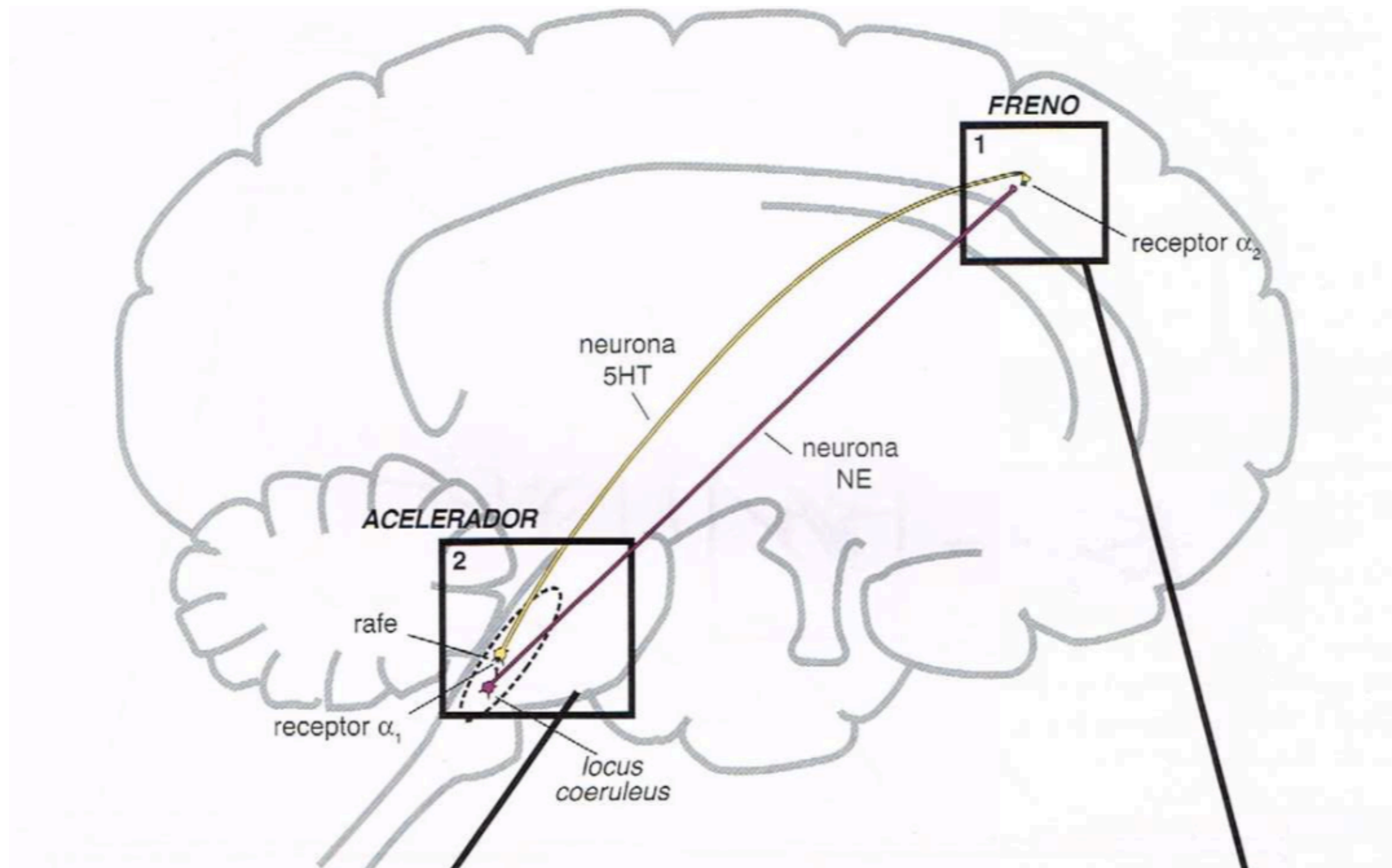
•

SEROTONINA

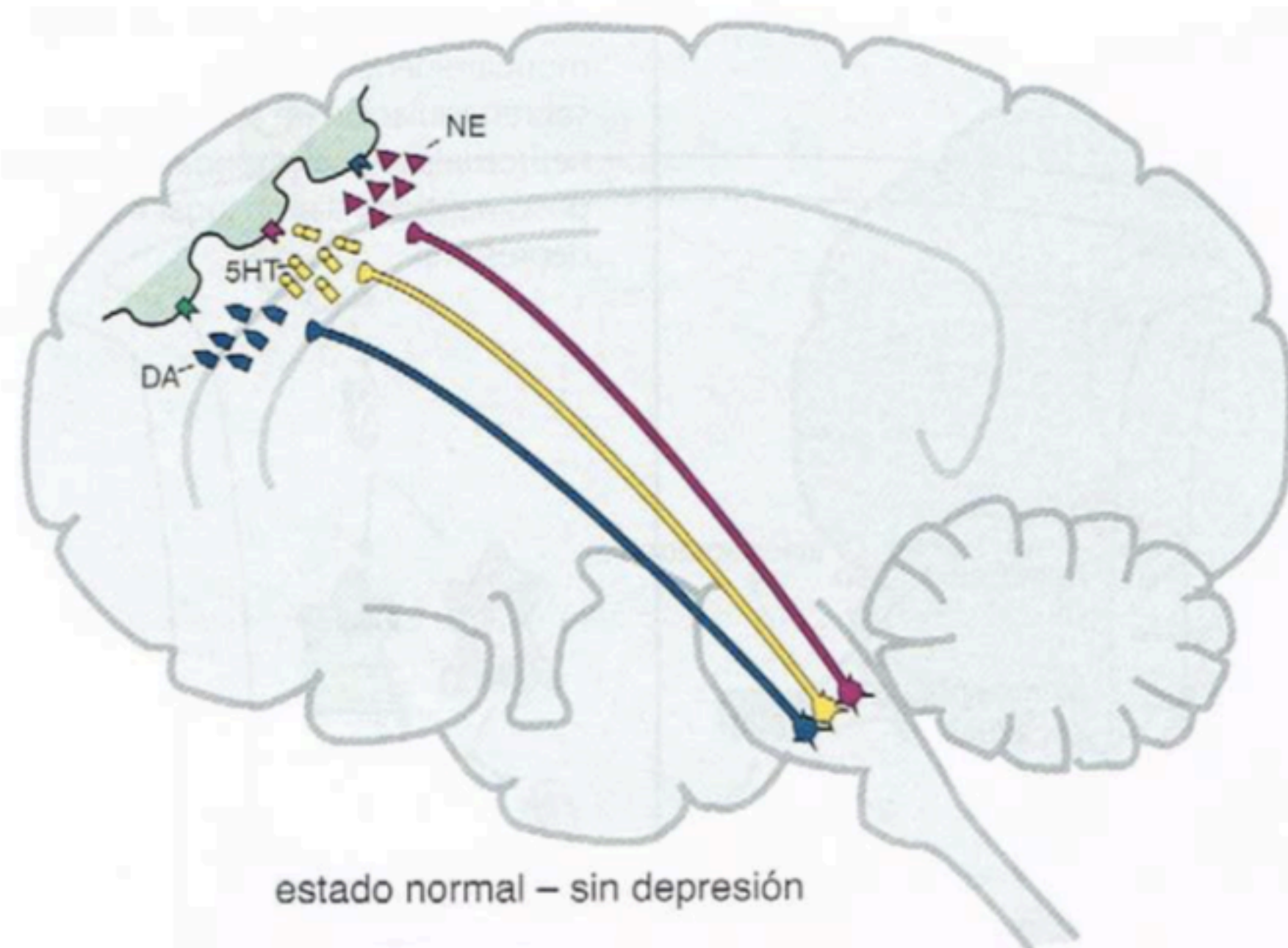


RELACIÓN ENTRE LA SEROTONINA Y LA NORADRENALINA

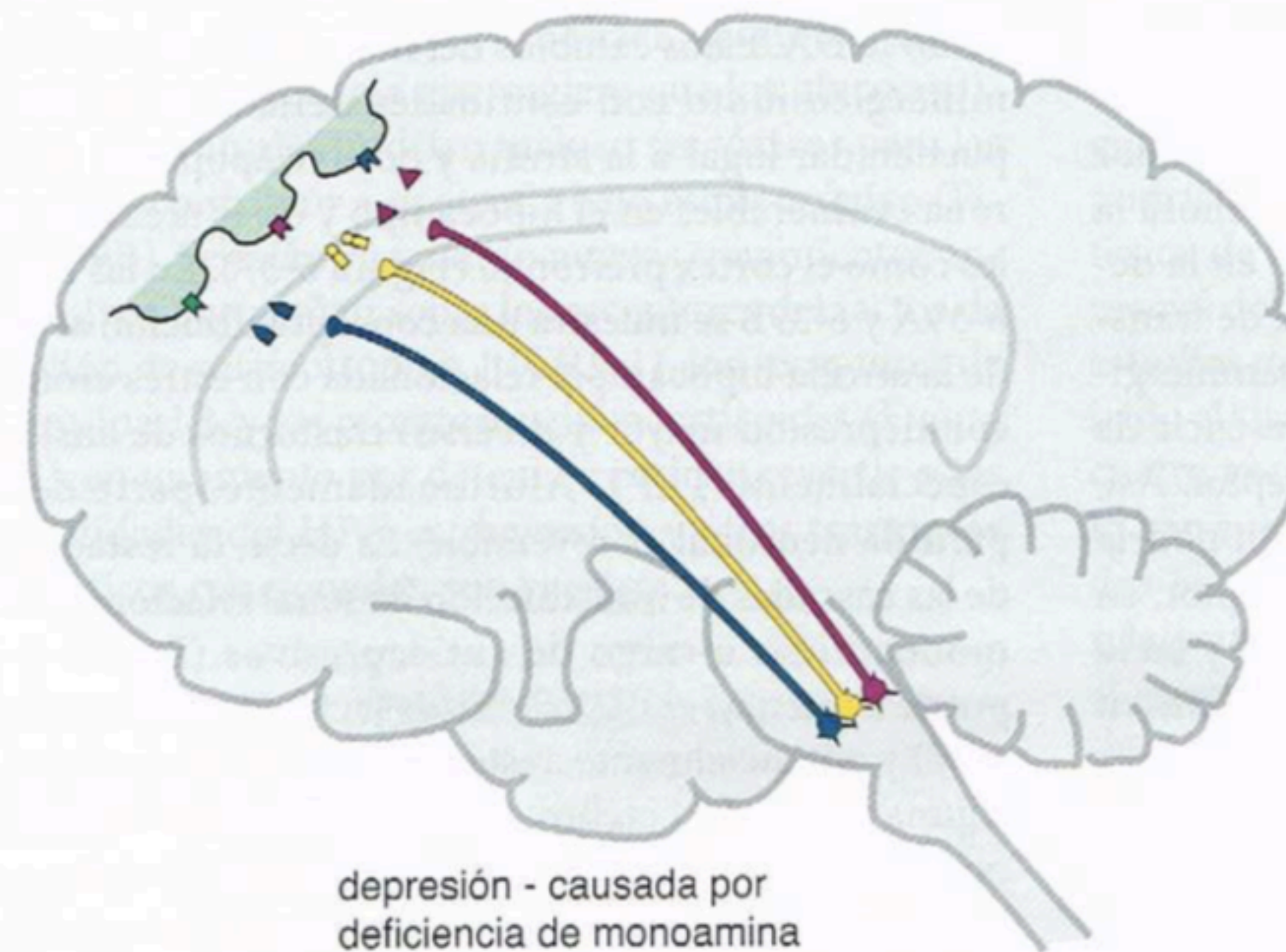
X

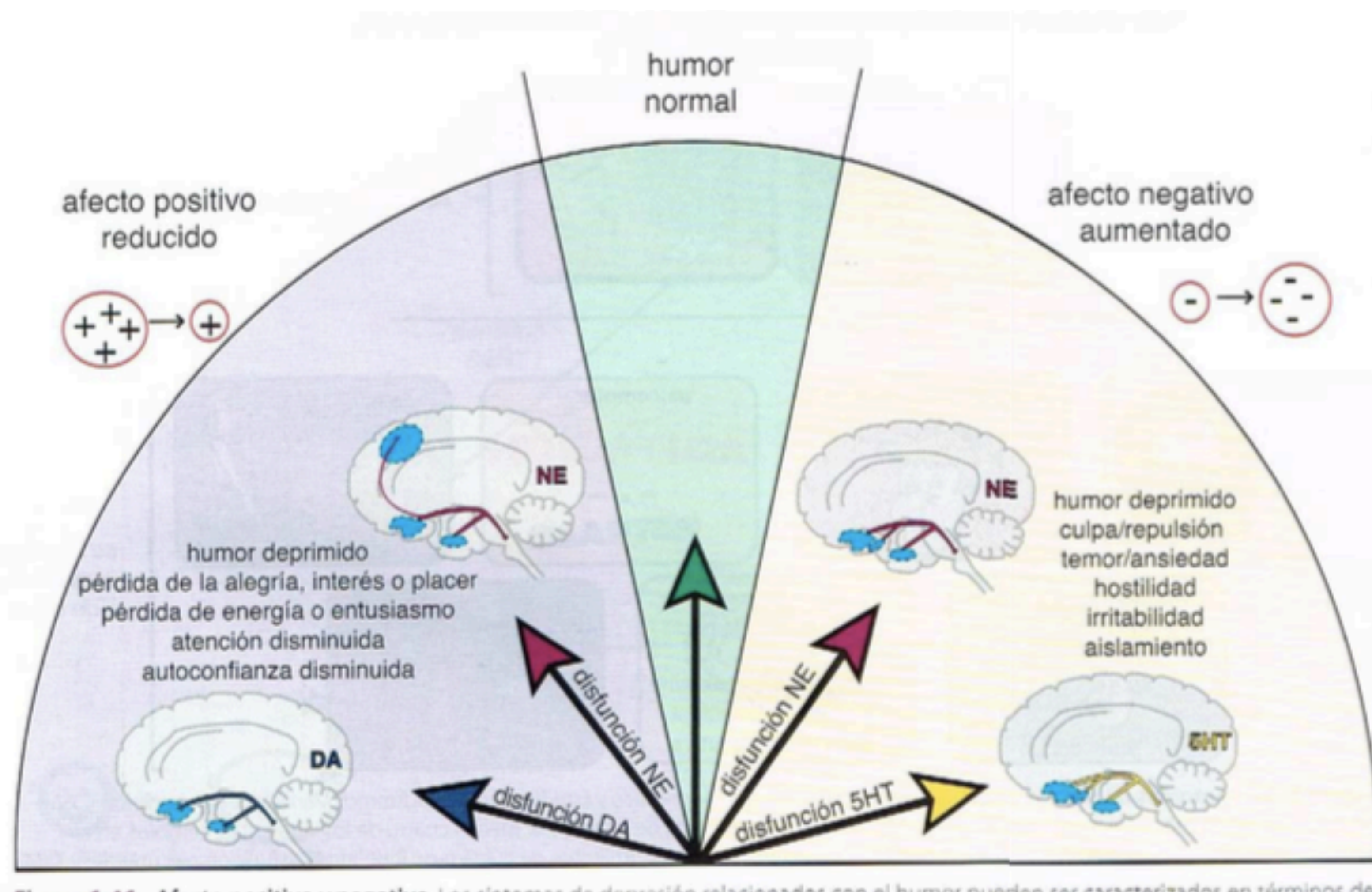


Hipótesis monoaminérgica de la depresión

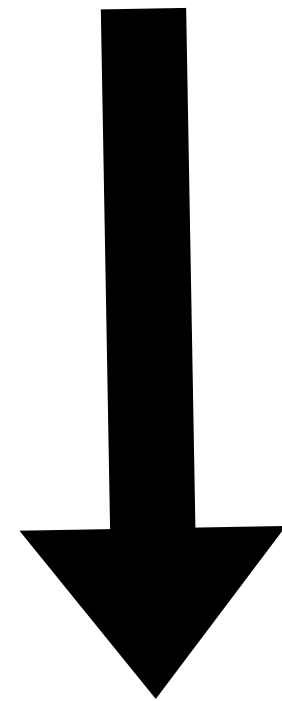


Hipótesis monoaminérgica de la depresión



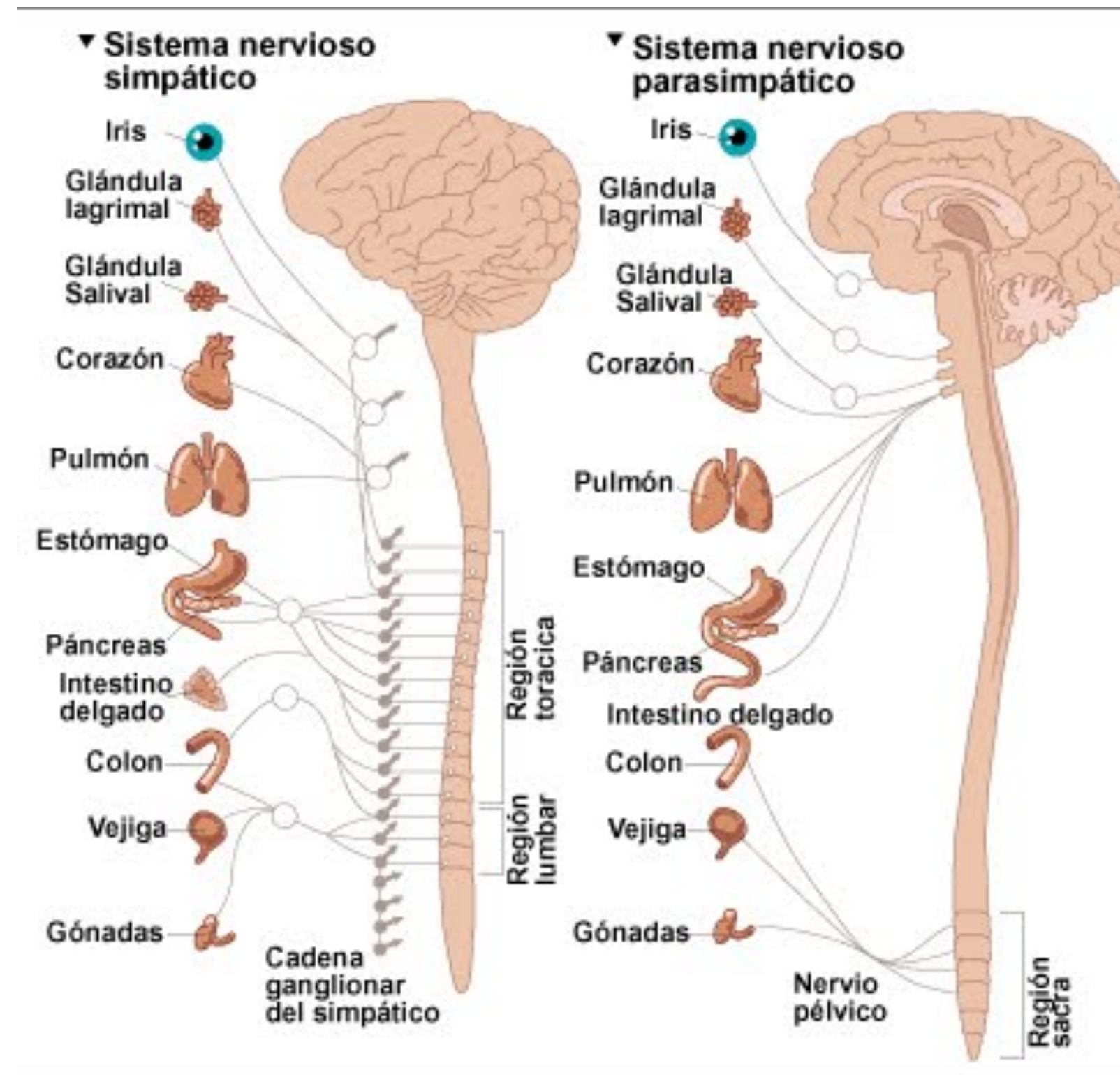


EXTERNALIZANTES

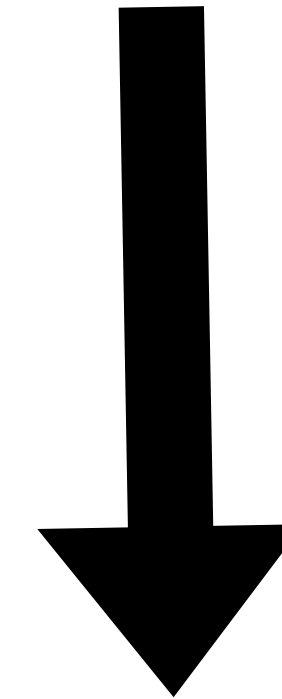


AGRESIÓN

SÍNTOMAS POSITIVOS



INTERNALIZANTES



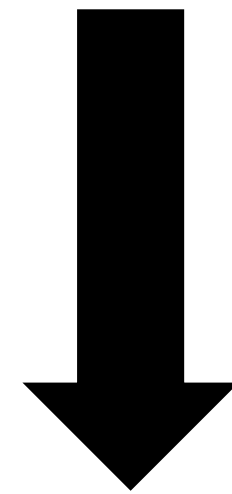
DISOCIACIÓN

SÍNTOMAS NEGATIVOS



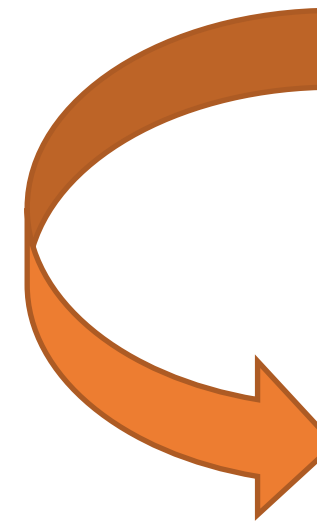
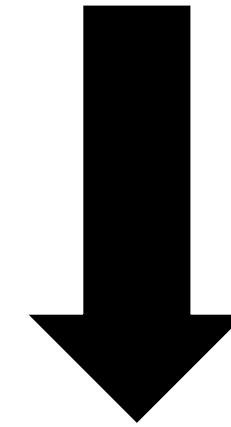
TEORIA POLIVAGAL

SIMPÁTICO



**LUCHA
HUÍDA**

PARASIMPÁTICO



RAMA VENTRO VAGAL
Responsable de la
vinculación social
Es compartida por los
mamíferos

RAMA DORSO VAGAL
Responsable de la
inmovilización
Es compartida con los
reptiles

LA PÉRDIDA COMO UN TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

x



Manuel Hernández ©

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

Manuel Hernández
GESTIÓN EMOCIONAL

parcuve®
method

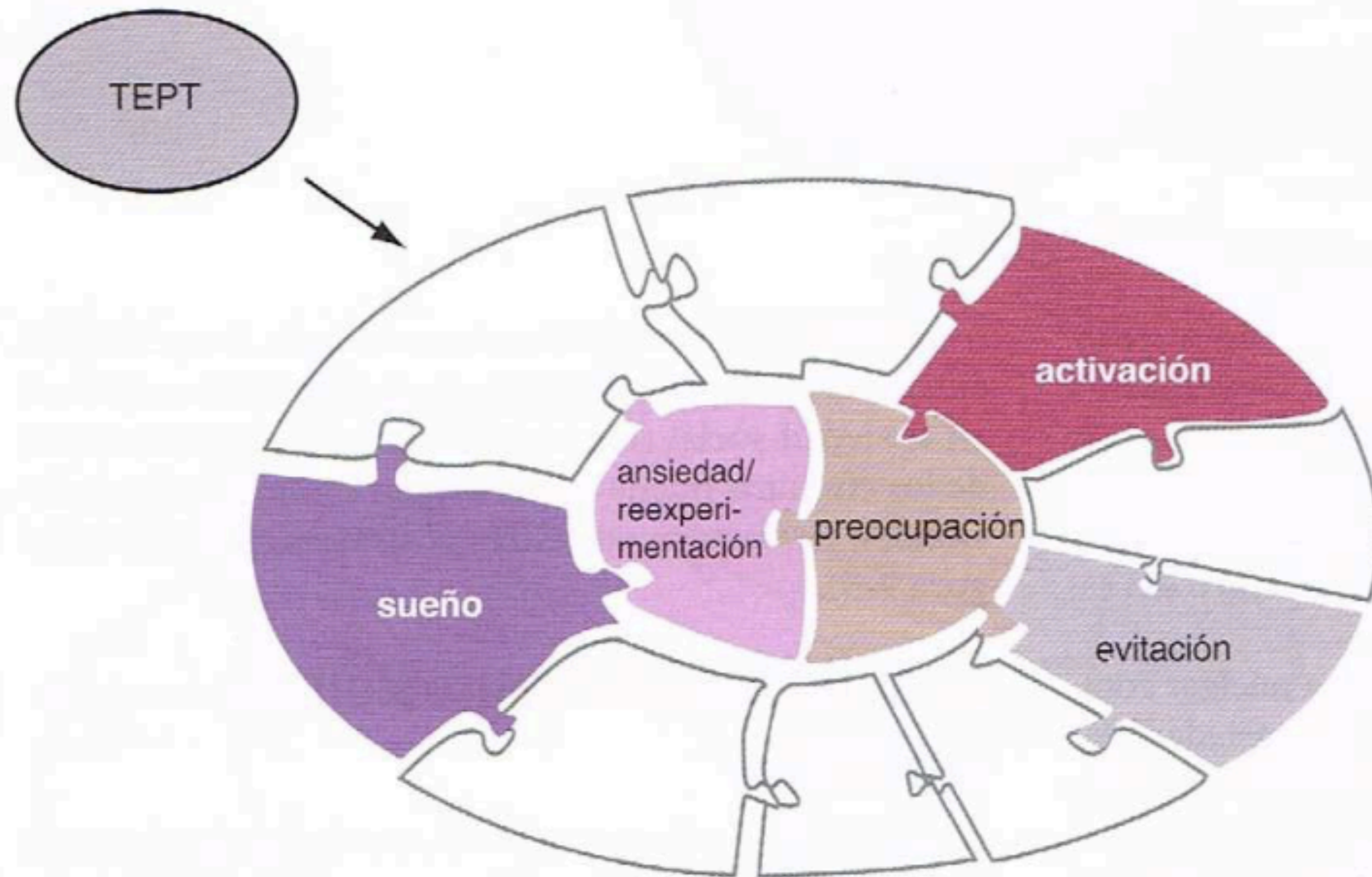
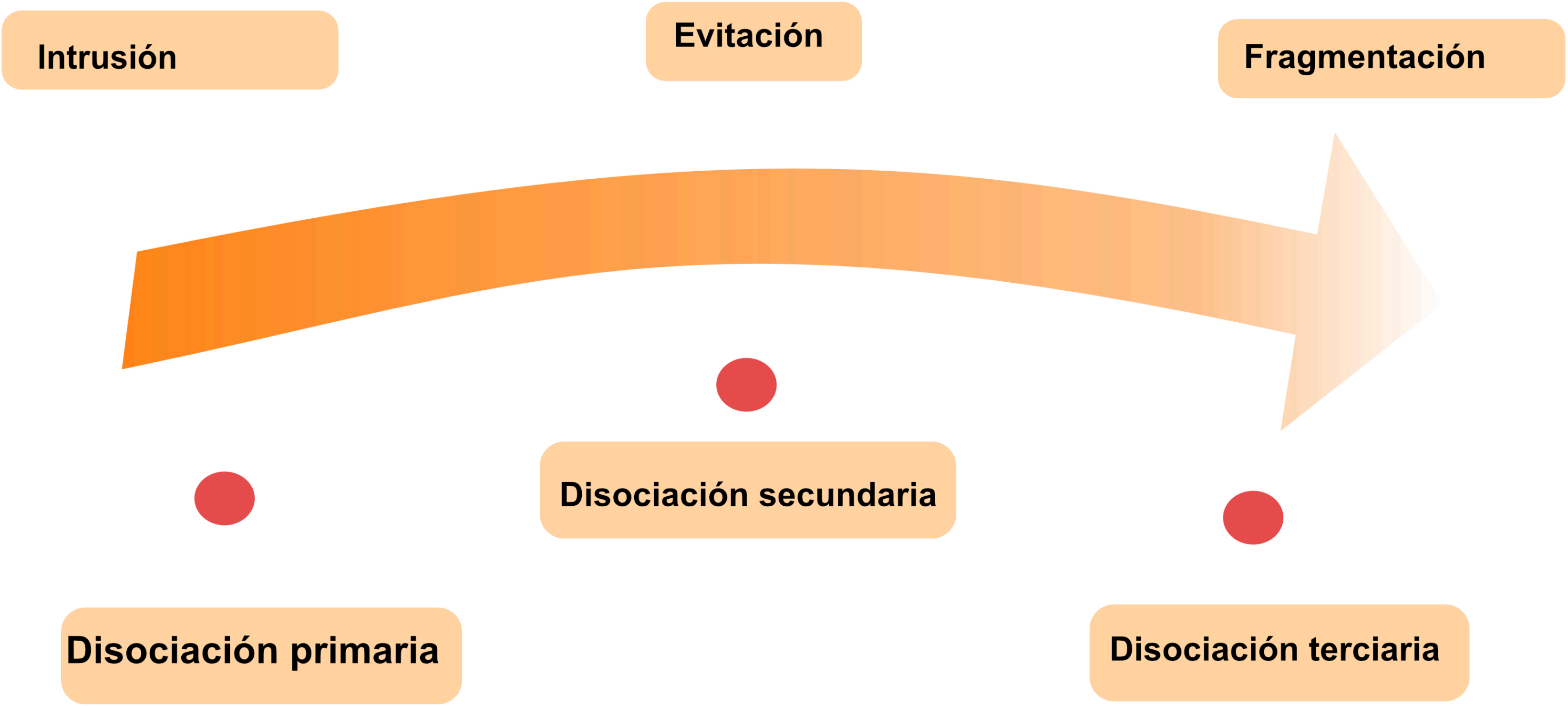


Figura 9-5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Aquí se muestran los síntomas característicos del TEPT. Estos incluyen los síntomas nucleares de ansiedad mientras que el evento traumático está siendo reexperimentado así como preocupación por tener los otros síntomas del TEPT, tales como incremento de la excitación y respuestas de sobresalto, dificultades de sueño incluyendo pesadillas, y conductas evitativas.

DISOCIACIÓN TRAUMÁTICA



FACTOR AFECTADO	DISOCIACIÓN PRIMARIA	DISOCIACIÓN SECUNDARIA	ESTADOS HIPERALERTA
PERCEPCIÓN Y ATENCIÓN	FLASHBACKS PESADILLAS	ATURDIMIENTO ANHEDONIA ALEXITIMIA	HIPERVIGILANCIA TENSIÓN CONSTANTE
CONSCIENCIA DE LO OCURRIDO Y SENSACIONES	PENSAMIENTOS INTRUSIVOS DISCURSO FRAGMENTADO	AMNESIA PARCIAL O TOTAL EVITAR CUALQUIER COSA RELACIONADA CON LO OCURRIDO	OBSESIONES SENSACIÓN DE URGENCIA
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	REACCIÓN EXTREMA CON LO RELACIONADO CON EL EVENTO	PÉRDIDA DEL FLUJO DE CONSCIENCIA	NECESIDAD DE VOLVER AL EVENTO
EMOCIONES	IMPACTOS CON EVENTOS RELACIONADOS	ENTUMECIMIENTO	PROBLEMAS SOMÁTICOS (ÚLCERA, DOLORES, PALPITACIONES,)
CONDUCTAS	ACTIVACIÓN ALTA	HIPOACTIVIDAD	HIPERCTIVIDAD FRENÉTICA
SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	SIMPÁTICO	PARASIMPÁTICO	SIMPÁTICO/ PARASIMPÁTICO

Evento traumático	Proporción de ocurrencia del evento traumático	Riesgo condicional de TEPT	Proporción de todos los casos de TEPT
Violación	1,8%	19%	8,4%
Malos tratos físicos y/ o psicológicos	1,4%	11,7%	4,1%
Asalto con violencia	3,2%	10,5%	8,4%
Experiencia de combate	1,0%	3,6%	0,9%
Ser amenazado con un arma o secuestrado	0,4%	11%	1%
Accidentes de tráfico	6,2%	2,6%	4,1%
Desastres naturales	3,9%	0,3%	0,3%
Muerte inesperada y repentina de un ser querido	16,8%	5,4%	22,6%

Kessler y colaboradores (2014)

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

Manuel Hernández
 GESTIÓN EMOCIONAL

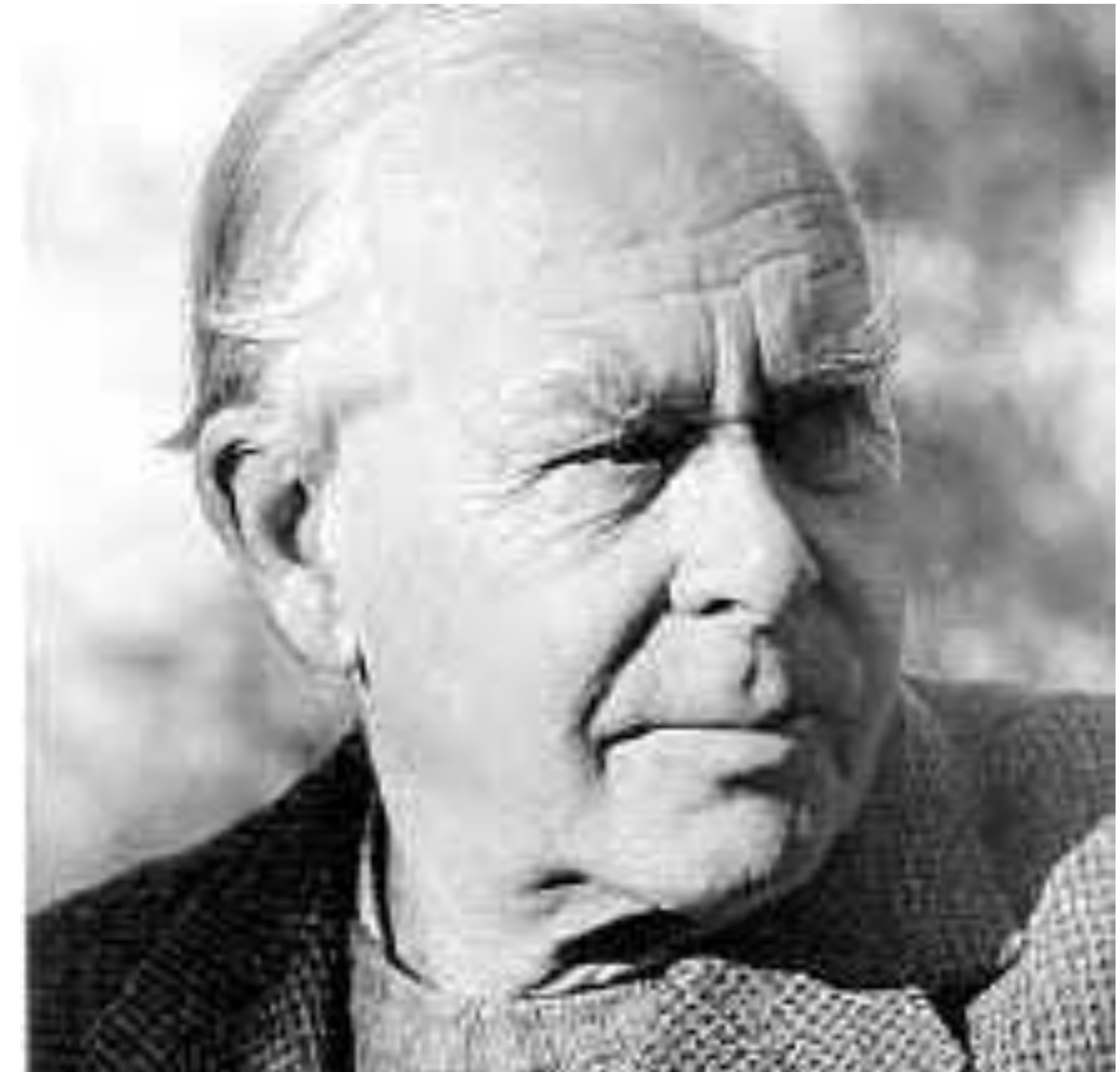


LA PÉRDIDA Y EL APEGO

Manuel Hernández ©

La primera vez que me llamó la atención el trabajo de mi padre, [John Bowlby] fue durante una caminata familiar. Justo después de su artículo sobre "La naturaleza del vínculo del niño con su madre" se publicó por primera vez [en 1958]. Me dijo: "¿Sabes cómo se angustian los niños pequeños si se pierden y no pueden encontrar a su madre y cómo siguen buscando? Bueno, sospecho que es la misma sensación que tienen los adultos cuando muere un ser querido, también siguen buscando. Creo que es el mismo instinto que comienza en la infancia y evoluciona a lo largo de la vida a medida que las personas crecen, y se convierte en parte del amor adulto ". Recuerdo haber pensado, bueno, si tienes razón, ¡estás en algo realmente grande!

—R. Bowlby (2005, pp. Vi-vii)



En zoología, las crías altriciales son aquellas que nacen ciegas, sin los conductos auditivos abiertos, prácticamente sin pelo o plumas y con una movilidad muy limitada. Se conocen como altriciales ... En el caso contrario, cuando las crías nacen ya muy desarrolladas, se denominan especies precociales. El ser humano es la especie más altricial que existe



Manuel Hernández ©



Manuel Hernández ©



Emociones naturales	Estados emocionales-emociones como defensas
Miedo	Disociación, ansiedad, pánico, fobias, parálisis, adicciones, evitaciones, hiperactividad
Enfado	Resentimiento, irritabilidad, odio, búsqueda obsesiva de culpables, no aceptación de la muerte, rabia desplazada, conductas evitativas, actitud agresiva o pasiva-agresiva, depresión
Dolor, aflicción	Victimismo, autocompasión, culpa, enfado distorsionado, depresión, abandono de uno

El niño llora, grita y protesta enfadado cuando la figura de apego se va. Tratarán de aferrarse para evitar que se vaya. Las llamas de atención pueden ser cada vez mayores si no encuentra a la figura de apego.

Las protestas del niño comienzan a detenerse, y parecen estar más tranquilas aunque todavía son molestas. El niño se niega a los intentos de comodidad de los demás y a menudo parece desinteresado por cualquier cosa.

Si la separación continúa, el niño comenzará a interactuar con otras personas nuevamente. Rechazará al cuidador a su regreso y mostrará fuertes



GESTIÓN DE LA RABIA

MEMORIAS SEMÁNTICAS

EMOCIÓN

SELF COMO AGRESOR

SOY MALO
SOY PELIGROSO
¿POR QUÉ YO?

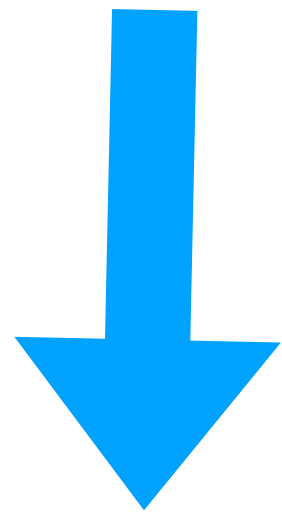
SE BUSCA REDENCIÓN
CULPA
SOLEDAD

SELF COMO VÍCTIMA

SOY UNA VÍCTIMA
TENGO MALA SUERTE
¿POR QUÉ YO?

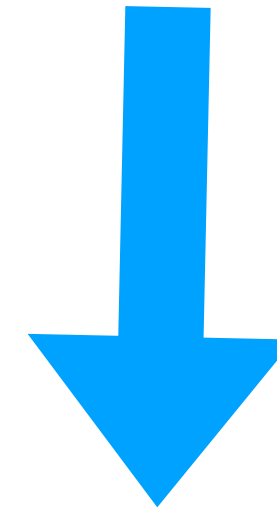
SE BUSCA CONEXIÓN
MIEDO
SOLEDAD

APEGOS ANSIOSOS



**SE REGULAN
BUSCANDO CONEXIÓN**

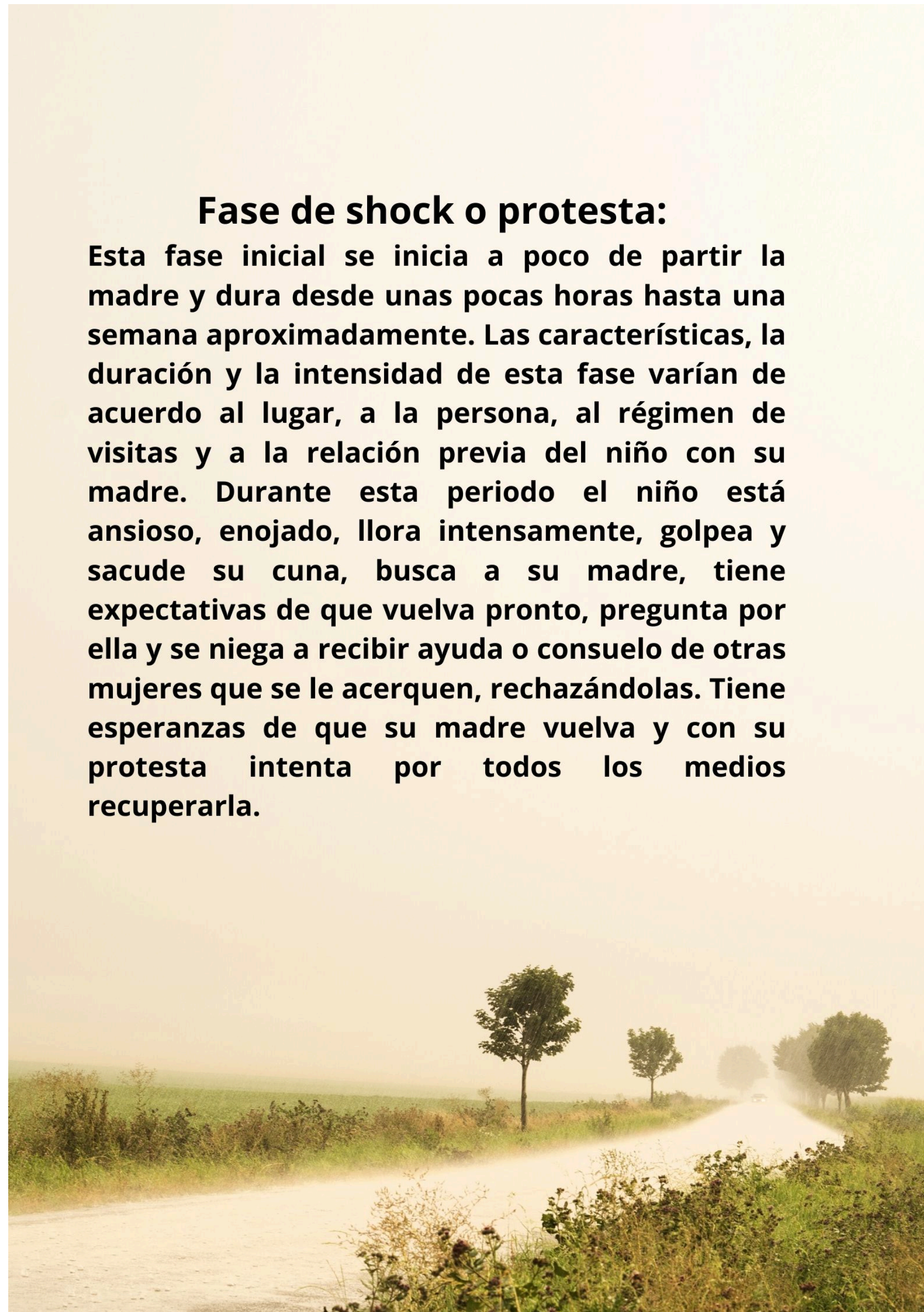
APEGOS EVITATIVOS



**SE REGULAN
BUSCANDO TAREAS Y SOLEDAD**

Fase de shock o protesta:

Esta fase inicial se inicia a poco de partir la madre y dura desde unas pocas horas hasta una semana aproximadamente. Las características, la duración y la intensidad de esta fase varían de acuerdo al lugar, a la persona, al régimen de visitas y a la relación previa del niño con su madre. Durante esta periodo el niño está ansioso, enojado, llora intensamente, golpea y sacude su cuna, busca a su madre, tiene expectativas de que vuelva pronto, pregunta por ella y se niega a recibir ayuda o consuelo de otras mujeres que se le acerquen, rechazándolas. Tiene esperanzas de que su madre vuelva y con su protesta intenta por todos los medios recuperarla.



Manuel Hernández ©

Fase de desesperación:

Durante esta fase la excitación psicomotriz empieza a disminuir, llora con menos intensidad en forma más monótona, está distante e inactivo y su conducta sugiere desesperanza, empieza a dudar de la posibilidad y a perder la esperanza que su madre vuelva. Nada le interesa, no se conecta con el medio que lo rodea, y se pasea de acá para allá sin objetivos, como sintiéndose profundamente deprimido.



Manuel Hernandez ©

Fase de desapego:

En esta fase desaparece la excitación psicomotriz, el chico deja de llorar y empieza nuevamente a interesarse por el medio que lo rodea, parece como si se estuviera recuperando. Ya no rechaza a las enfermeras u otras personas desconocidas a su cargo: acepta sus cuidados, la comida y los juguetes que le ofrecen y a veces hasta sonríe y está más sociable. Pero cuando la madre viene a visitarlo se encuentra con un niño cambiado, que parece haber perdido todo interés en ella, parece no reconocerla, se mantiene indiferente, apático y distante. Aparentemente ha dejado de interesarse en ella, como si ya no la quisiera, como si el vínculo entre ellos se hubiera terminado...Ya no se lo ve más ansioso frente al cambio de enfermeras, idas y venidas de los padres, ya no hace más caprichos, ya no le tiene más miedo a nadie, ni le importa de nadie. Si hay una sucesión de múltiples cuidadores no establece más que relaciones superficiales, se vuelve centrado en sí mismo, narcisista y en los objetos.



Manuel Hernández ©

LA SEPARACIÓN

y

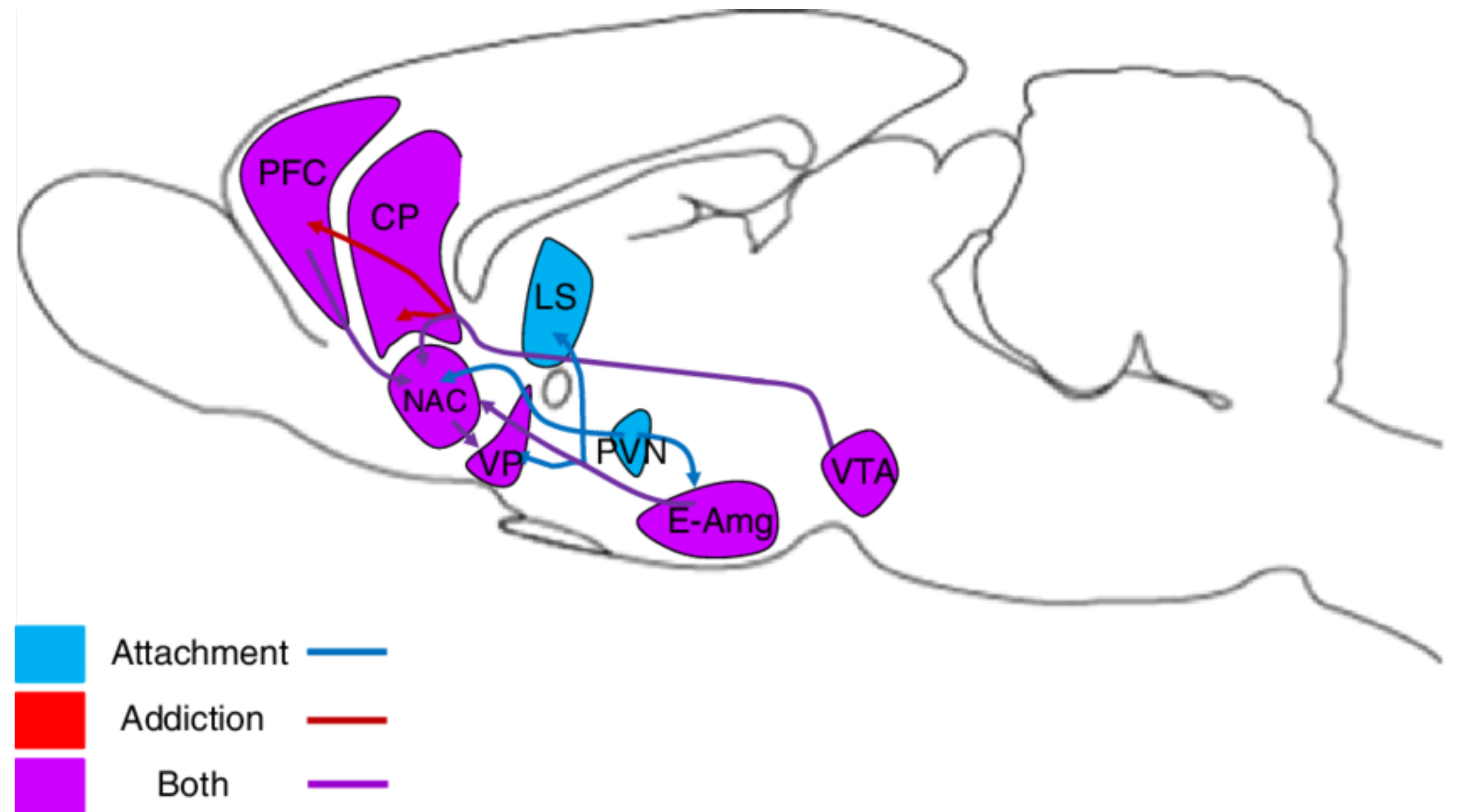
LA PÉRDIDA

Manuel Hernández ©



Manuel Hernández ©

Cuando la protesta no garantiza la reunión social, surge un paro / depresión gradual conductual y psicológica. En esta transición crítica, de la fase de protesta a la fase de desesperación de la depresión, emerge una nueva forma de afecto negativo sostenido que es un fenotipo depresivo completamente desarrollado. La mayor elevación del afecto negativo contribuido por el "darse por vencido" puede producir una mezcla del dolor psíquico sostenido de la separación entremezclado con la incapacidad de reclutar energías mentales como BUSCAR-euforia que caracteriza una actitud positiva ante la vida. Este estado final se caracteriza por compromisos disminuidos con el mundo y una búsqueda reducida de recompensas, reales o imaginarias. Es posible que esta fase de abandono de la "desesperación" deba ser contrarrestada no solo por las químicas cerebrales que reducen el dolor psíquico de la pérdida, sino también por las formas de elevar los impulsos de BÚSQUEDA impulsados por la dopamina que caracterizan la desesperación depresiva.



¿CÓMO FUE LA PÉRDIDA?

- SUICIDIO
- ASESINATO
- ACCIDENTE
- NEGLIGENCIA MÉDICA
- ¿QUE EDAD TENÍA?
- MUERTE NATURAL
 - ESPERADA
 - INESPERADA

TIPOS DE PÉRDIDAS

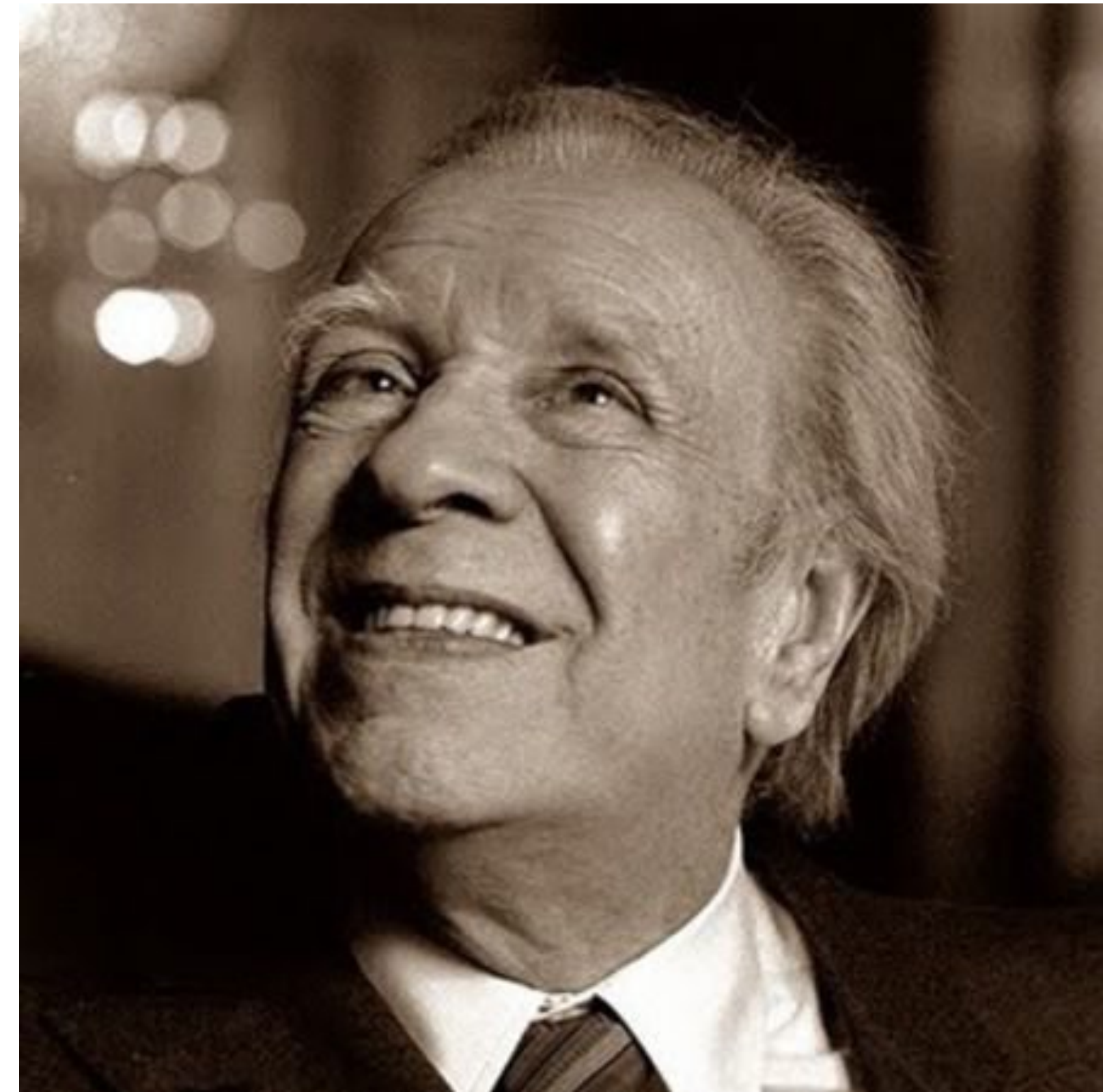
Manuel Hernández ©

He cometido el peor de los pecados
que un hombre puede cometer. No he sido
feliz. Que los glaciares del olvido
me arrastren y me pierdan, despiadados.

Mis padres me engendraron para el juego
arriesgado y hermoso de la vida,
para la tierra, el agua, el aire, el fuego.
Los defraudé. No fui feliz. Cumplida

no fue su joven voluntad. Mi mente
se aplicó a las simétricas porfías
del arte, que entreteje naderías.

Me legaron valor. No fui valiente.
No me abandona. Siempre está a mi lado
la sombra de haber sido un desdichado.



JORGE LUÍS BORGES

Manuel Hernández ©

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

Manuel Hernández
GESTIÓN EMOCIONAL



Manuel Hernández ©

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

ManuelHernández
GESTIÓN EMOCIONAL



<https://www.maeva.es/repositorio/lecturas/el-fin--es-mi-principio.pdf>

Manuel Hernández ©

El fin es mi principio

X

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

Manuel Hernández
GESTIÓN EMOCIONAL

Manuel Hernández ©



Según el DSM-V (APA, 2013) los criterios del duelo complicado o patológico (duelo complejo persistente según el DSM-V) son los siguientes:

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no, a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses, en el caso de adultos en duelo, y 6 meses para niños en duelo:
 - 1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego. 13
 - 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
 - 3. Preocupación en relación al fallecido.
 - 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.
- C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo: Malestar reactivo a la muerte
 - 1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
 - 2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida. 3
 - 3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
 - 4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
 - 5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., auto inculparse).
 - 6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido). Alteración social/de la identidad
 - 7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
 - 8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
 - 9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
 - 10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
 - 11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
 - 12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

Pangrazzi enumera una gran cantidad de tipos de pérdidas que he condensado en cinco bloques:

1. Pérdida de la vida. Es un tipo de pérdida total, ya sea de otra persona o de la propia vida en casos de enfermedades terminales en el que la persona se enfrenta a su final.

2. Pérdidas de aspectos de sí mismo. Son pérdidas que tienen que ver con la salud. Aquí pueden aparecer tanto pérdidas físicas, referidas a partes de nuestro cuerpo, incluidas las capacidades sensoriales, cognitivas, motoras, como psicológicas, por ejemplo la autoestima, o valores, ideales, ilusiones, etc.

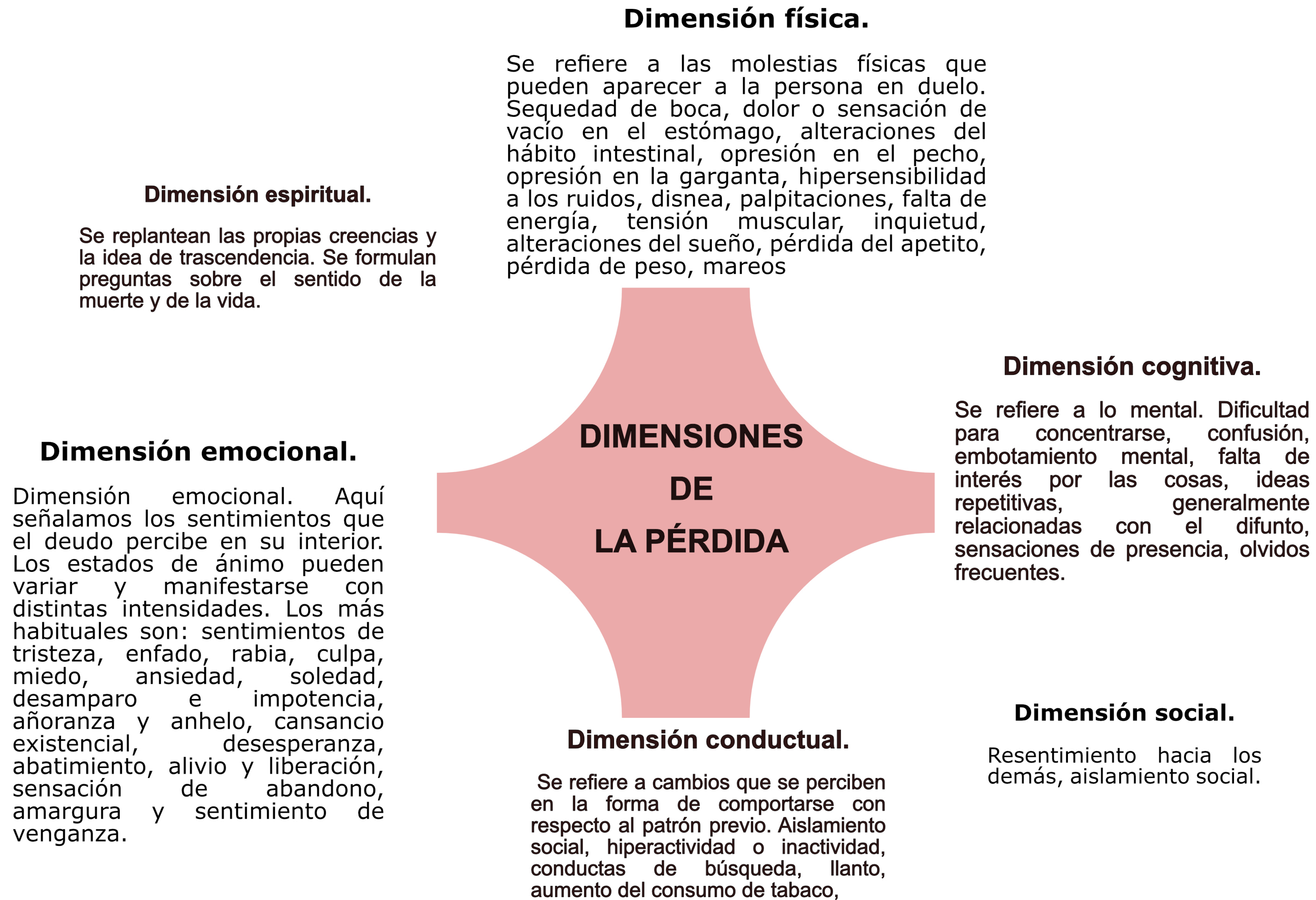
3. Pérdidas de objetos externos. Aquí aparecen pérdidas que no tienen que ver directamente con la persona propiamente dicha, y se trata de pérdidas materiales. Incluimos en este tipo de pérdidas al trabajo, la situación económica, pertenencias y objetos.

4. Pérdidas emocionales. Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades.

5. Pérdidas ligadas con el desarrollo. Nos referimos a pérdidas relacionadas al propio ciclo vital normal, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc.

Cada pérdida acarreará un duelo, y la intensidad del duelo dependerá de:

- La naturaleza del objeto perdido.
- Del valor que se le atribuye, es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida.
- De la sensación de culpa en la pérdida o de frustración con otros. La culpa puede ir hacia dentro o hacia fuera.
- Como todas las emociones funciona de modo inverso. Cuanto más se le quiso más rabia o tristeza se sentirá.
- De las pérdidas anteriores



1. **Duelo normal.** Es el más frecuente, y que se caracteriza por diferentes vivencias en todas las dimensiones de la persona
2. **Duelo anticipatorio.** Es un tipo de duelo en el que el deudo ya ha empezado la elaboración del dolor de la pérdida sin que esta haya ocurrido todavía. Es una forma de anticipar la pérdida que irremediablemente ocurrirá en un corto periodo de tiempo. Este tipo de duelo es relativamente frecuente cuando el ser querido se encuentra en una situación de terminalidad, aunque no haya fallecido. Es una forma de adaptación a lo que va a llegar.
3. **Duelo exagerado.** También llamado eufórico. Caracterizado por una intensa reacción de duelo o negación de la pérdida. En este caso habrá que estar atentos a las manifestaciones culturales para no confundirlo con ellas.
4. **Duelo ambiguo.** La pérdida ambigua es la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclarar. Existen dos tipos de pérdida ambigua. En el primero, los deudos perciben a determinada persona como ausente físicamente pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro si está viva o muerta, ya que no se ha localizado el cuerpo. Esta forma de duelo ambiguo aparece muy frecuentemente en catástrofes y desaparecidos por distinta índole. En el segundo tipo de pérdida ambigua, el deudo percibe a la persona como presente físicamente pero ausente psicológicamente. Muy común en personas con demencias muy avanzadas o que han sufrido daño cerebral y se encuentran en estado vegetativo persistente.
5. **Duelo crónico.** El deudo se queda como pegado en el dolor, pudiéndolo arrastrar durante años, unido muchas veces a un fuerte sentimiento de desesperación. La persona es incapaz de rehacer su vida, se muestra absorbida por constantes recuerdos y toda su vida gira en torno a la persona fallecida, considerando como una ofensa hacia el difunto restablecer cierta normalidad.
6. **Duelo congelado o retardado.** Se le conoce también como duelo inhibido o pospuesto. Se presenta en personas que, en las fases iniciales del duelo no dan signos de afectación o dolor por el fallecimiento de su ser querido. Se instaura en el deudo una especie de prolongación del embotamiento afectivo, con la dificultad para la expresión de emociones. En el duelo congelado, a los deudos les cuesta reaccionar a la pérdida.
7. **Duelo enmascarado.** La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conducta que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido. En este tipo de duelo, el deudo acude frecuentemente a los médicos aquejados de diferentes disfunciones orgánicas, pero calla el hecho de su pérdida reciente, ya que no lo relaciona con ello.

FASES DE LA PÉRDIDA

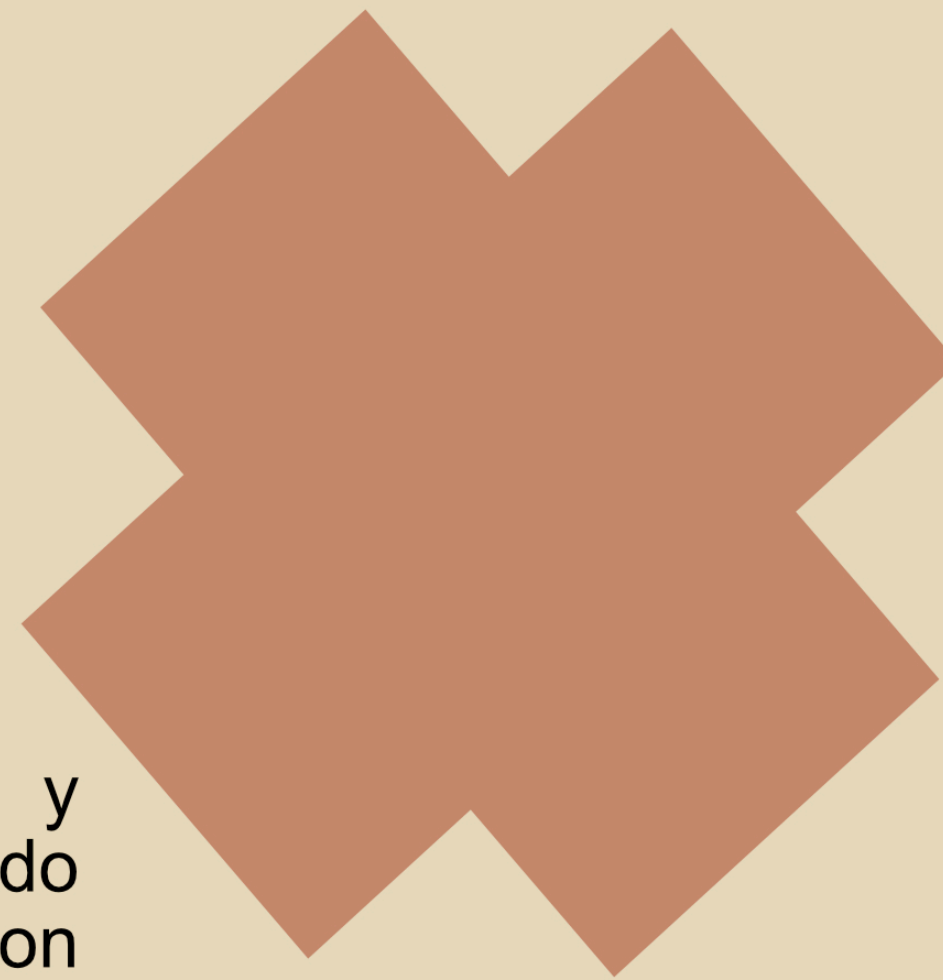
Manuel Hernández ©

EXPERIENCIAS DURANTE EL DUELO		
FASE	RESPUESTA NORMAL	RESPUESTA PATOLÓGICA
PROCESO DE PÉRDIDA	Expresión del dolor y afrontar el proceso	Evitar la realidad, auto-castigo, ira desproporcionada
MUERTE	Llorar, lamentarse, buscar consuelo	Estrategias desadaptativas: aislarse, alcohol, contrafobia, promiscuidad, evitación fóbica...
NEGACIÓN	Evitar ciertos temas, no querer hablar, no ver claro el futuro...	Inundación de imágenes negativas, ideaciones delirantes, culpa o vergüenza patológica...
INTRUSIONES	Problemas de concentración, de sueño...	Invasiones de flashbacks, depresión, negación, disociación, pesadillas recurrentes...
PASAR EL DUELO	Sensación de que las cosas se van ordenando, tristeza leve	Sensación de que sigue vivo, somatizaciones, culpa excesiva, agorafobia...
FINALIZARLO	Se recuerda con la persona fallecida sin dolor o es aceptable	Incapacidad de hacer vida normal un año después de la pérdida

Mardi J. Horowitz - Stress Response Syndromes_ PTSD, Grief, Adjustment, and Dissociative Disorders-Jason Aronson, Inc. (2011).

4.Fase de reorganización. Se van adaptando nuevos patrones de vida sin el fallecido, y se van poniendo en funcionamiento todos los recursos de la persona. El deudo comienza a establecer nuevos vínculos.

3.Fase de desorganización y desesperación. En este periodo que atraviesa el deudo son marcados los sentimientos depresivos y la falta de ilusión por la vida. El deudo va tomando conciencia de que el ser querido no volverá. Se experimenta una tristeza profunda, que puede ir acompañada de accesos de llanto incontrolado. La persona se siente vacía y con una gran soledad. Se experimenta apatía, tristeza y desinterés.



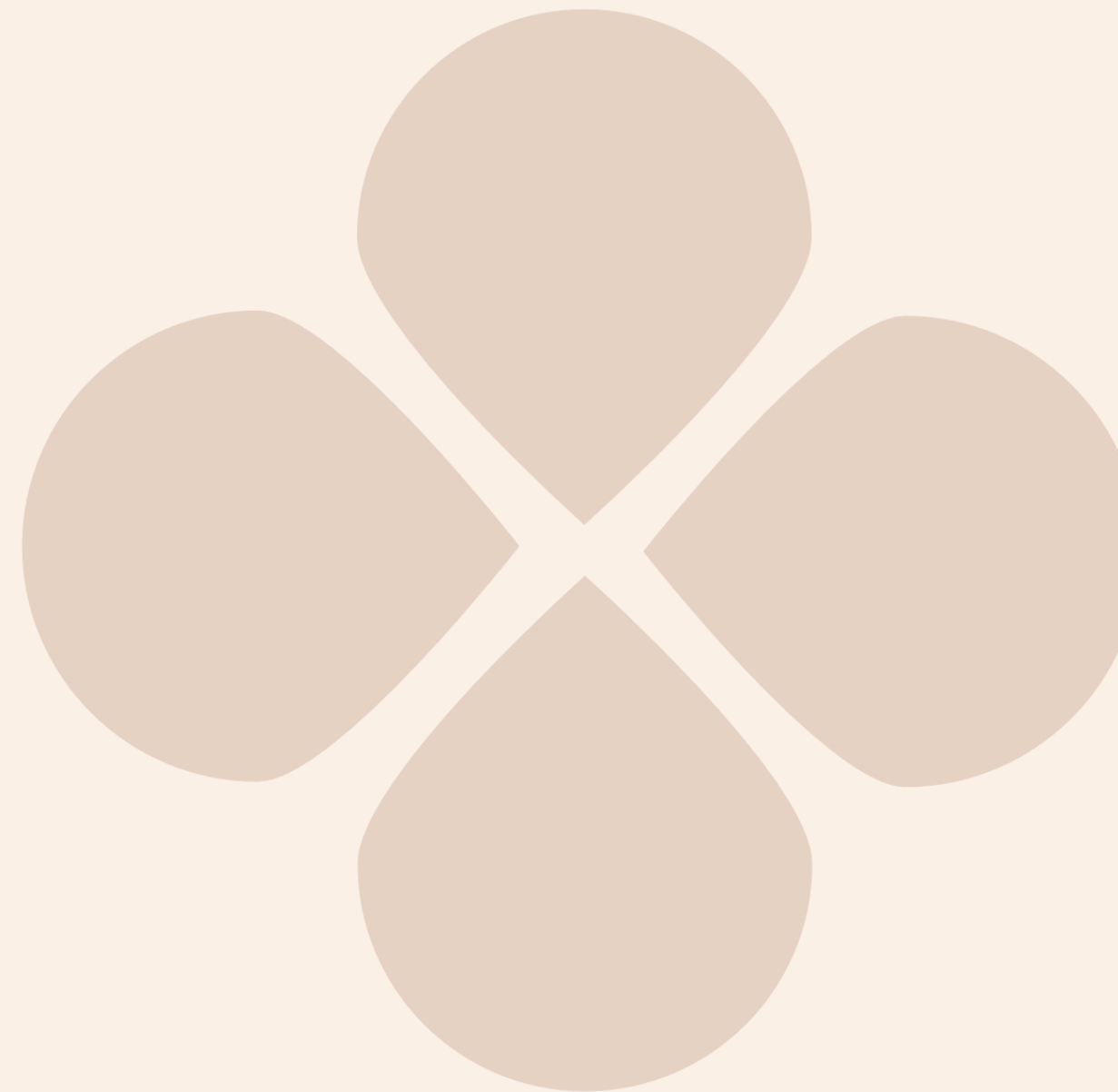
1.Fase de aturdimiento o etapa de shock. Es como un sentimiento de incredulidad; hay un gran desconcierto. La persona puede funcionar como si nada hubiera sucedido. Otros, en cambio, se paralizan y permanecen inmóviles e inaccesibles. En esta fase se experimenta sobre todo pena y dolor. El shock es un mecanismo protector, da a las personas tiempo y oportunidad de abordar la información recibida, es una especie de evitación de la realidad.

2.Fase de anhelo y búsqueda. Marcada por la urgencia de encontrar, recobrar y reunirse con la persona difunta, en la medida en que se va tomando conciencia de la pérdida, se va produciendo la asimilación de la nueva situación. La persona puede aparecer inquieta e irritable. Esa agresividad a veces se puede volver hacia uno mismo en forma de autorreproches, pérdida de la seguridad y autoestima.

Etapas del duelo de Worden

1. Aceptar la realidad de la pérdida asumiendo que la marcha es irreversible: Algunas personas se quedan bloqueadas en esta primera tarea. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo ya que implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. La persona en duelo puede ser capaz de racionalizar perfectamente el sentido de la pérdida y sin embargo seguir inundado de emociones de las cuales le resulte difícil desprenderse. Algunos autores están de acuerdo que los rituales como el funeral, o escribir una carta a la persona fallecida, por poner un ejemplo, pueden ayudar al individuo en el proceso de

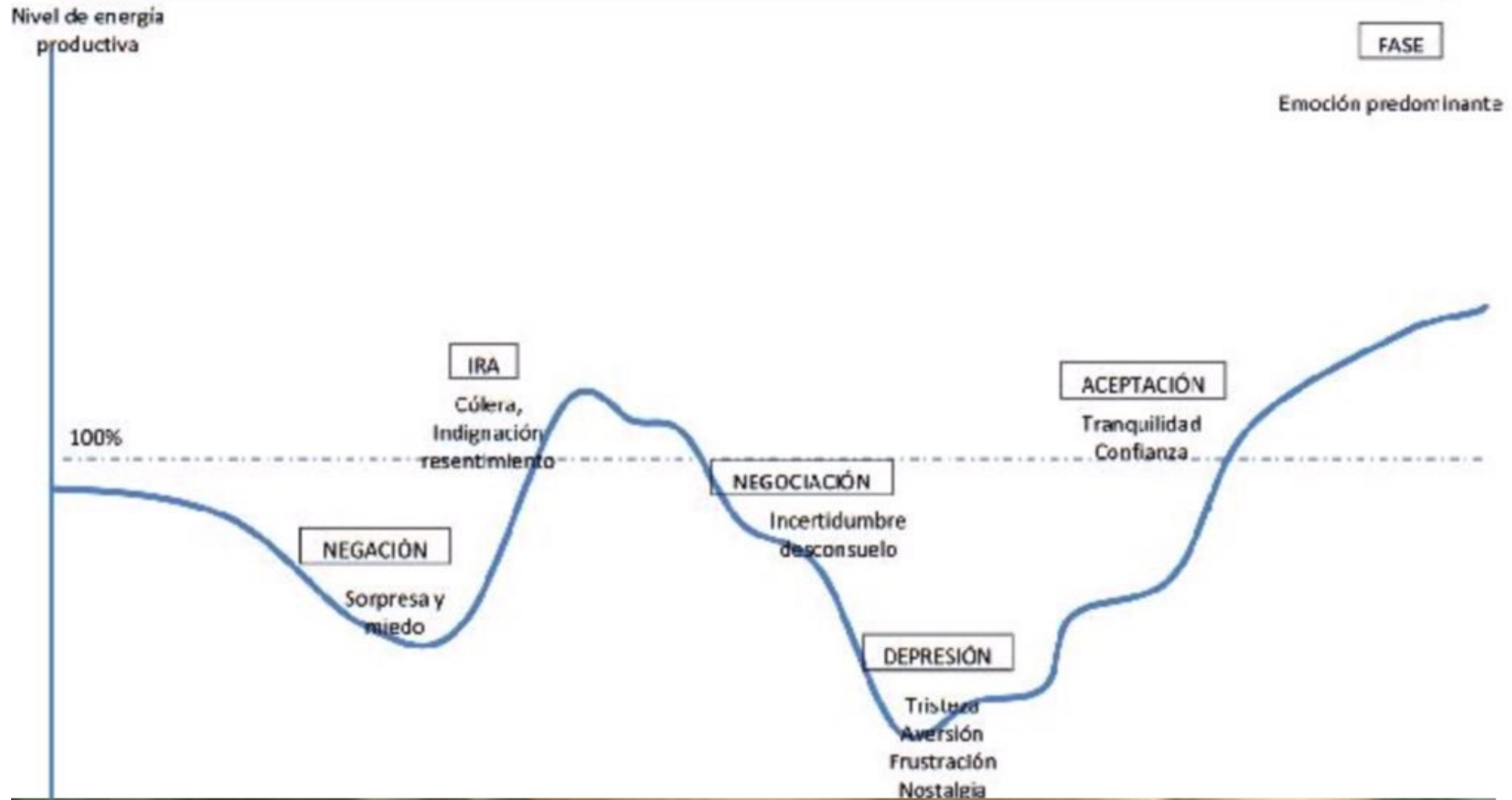
IV. Recolocar emocionalmente al ser querido muerto: teniendo claro que la tarea no consiste en olvidarlo, sino en encontrarle un lugar en nuestra vida psicológica que nos permita continuar viviendo eficazmente. Los recuerdos nos van a acompañar a lo largo de la vida y se les tiene que proveer de un espacio de forma que también quede lugar para lo nuevo, para lo que está por venir y experimentar.



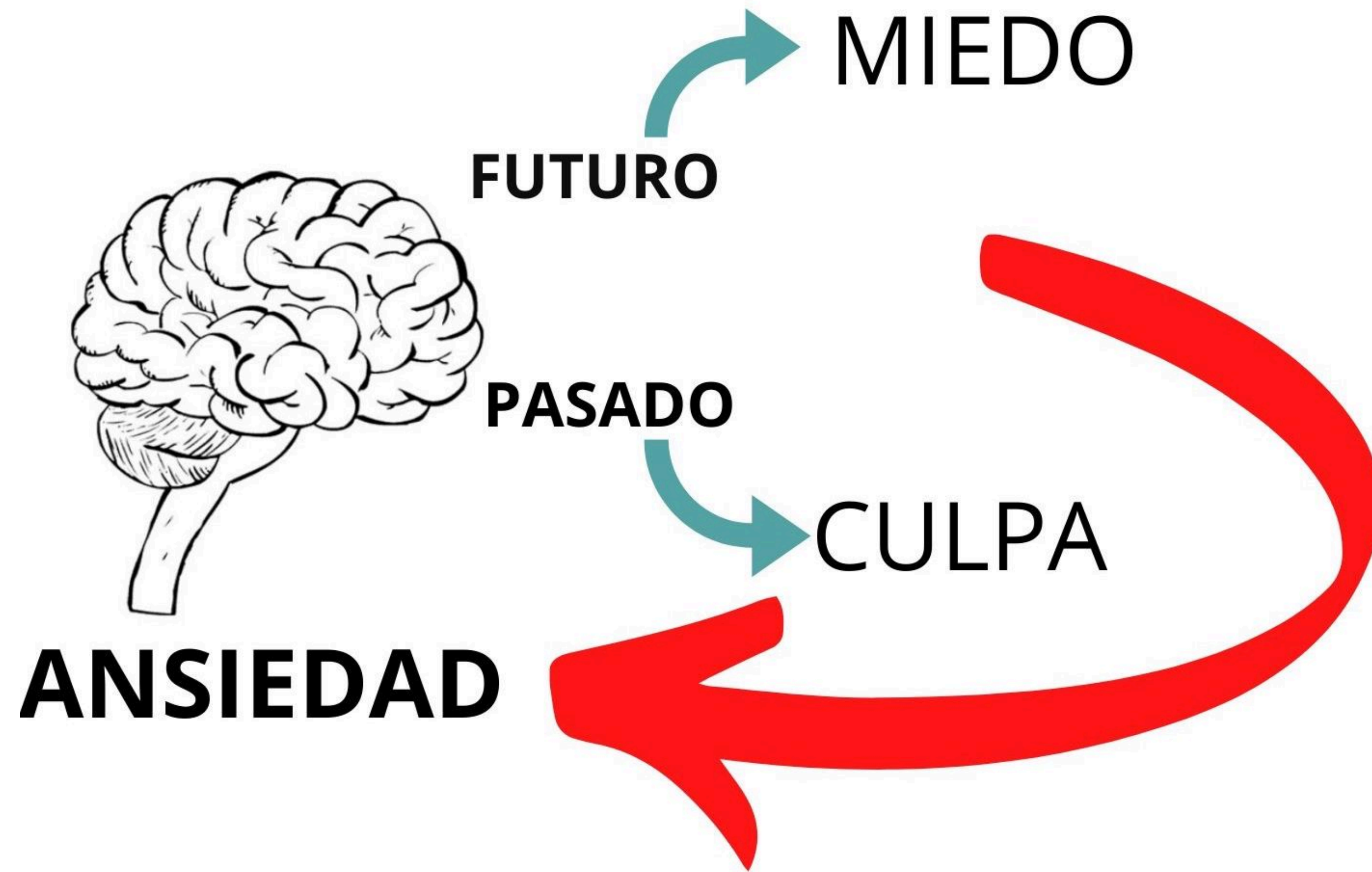
II. Trabajar las emociones y el dolor, permitiéndonos mostrar las emociones sin negar el sufrimiento que supone la pérdida. No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo expresa de la misma manera. Pueden influir muchos factores, tanto sociales como culturales, así como características de personalidad del individuo afectado, que pueden bloquear cualquier expresión de dolor. Quizá la persona afectada reciba de sus más allegados mensajes cargados de “buenas intenciones” pero que minimizan los sentimientos y emociones que se experimentan tras una pérdida: “podrás

III. Adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está presente: desarrollando nuevas habilidades y dando sentido a la propia vida. Worden (2002) señala que existen tres tareas que se deben abordar tras sufrir una pérdida: 1) las adaptaciones externas, es decir, como influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona; 2) las adaptaciones internas: cómo ha afectado la pérdida a la identidad e imagen de sí mismo y 3) las adaptaciones espirituales: cómo influye la pérdida en las creencias, valores y la propia perspectiva de la vida de la persona afectada. Campos (2012) señala que esta tarea puede implicar un estado en el que la persona se puede percibir a sí misma como inútil, inadecuada, incapaz...los intentos de cumplir con los roles del fallecido pueden fracasar y esto puede conducir a una pérdida de autoestima en el que el individuo experimenta una falta de habilidades para hacer frente a la nueva situación.

Etapas en el proceso de duelo (Kübler- Ross)



Manuel Hernández ©



LA PERDIDA Y LA PSICOPATOLOGÍA

Manuel Hernández ©

Parte V: Pérdida

La siguiente sección es sobre gente que pudo haber fallecido durante su vida. ¿Puede Ud. contarme de alguien que haya fallecido cuando Ud. era niño?
Obtenga los nombres (relaciones, ej., abuela) y la edad del hablante.

¿Cuándo Ud. era adulto?

Nuevamente, obtenga los nombres y la edad del hablante al momento del fallecimiento. Cuando tenga la lista completa, seleccione a aquellos sobre los cuales indagará, teniendo en mente la importancia de la persona como figura de apego, la relación del fallecido con otras interrupciones en la historia, y los límites temporales de la entrevista. Siempre incluya a los padres, hermanos, y al cónyuge o hijos de hablante.

U Para las muertes que Ud. seleccionó para indagar, haga las preguntas una a la vez, en los clusters de abajo. No realice las preguntas que sean respondidas espontáneamente.

a. ¿Puede Ud. contarme las circunstancias y qué edad tenía?

Si la persona estuvo presente durante la muerte o el funeral, pida una descripción de qué sucedió y cómo se sintió.

¿Estuvo Ud. presente durante la muerte? ¿Qué sucedió?

De no ser así, ¿cómo se enteró al respecto?

¿Asistió al funeral? ¿Cómo fue esto para Ud.?

b. ¿Cómo respondió en esa época?

c. ¿Tuvo Ud. alguna advertencia de que la muerte ocurriría?

De ser sí, pida detalles.

d. ¿Hubo consecuencias a largo plazo para Ud.? ¿Sus sentimientos sobre esta muerte han cambiado mucho a través de tiempo? De ser así, pregunte cómo.

e. ¿Cómo afectó a otros miembros de su familia?

f. ¿Cómo cree Ud. que esta pérdida ha afectado su acercamiento a sus propios hijos? g. ¿Este evento ha cambiado su relación con otros miembros de la familia? ¿De qué modo?

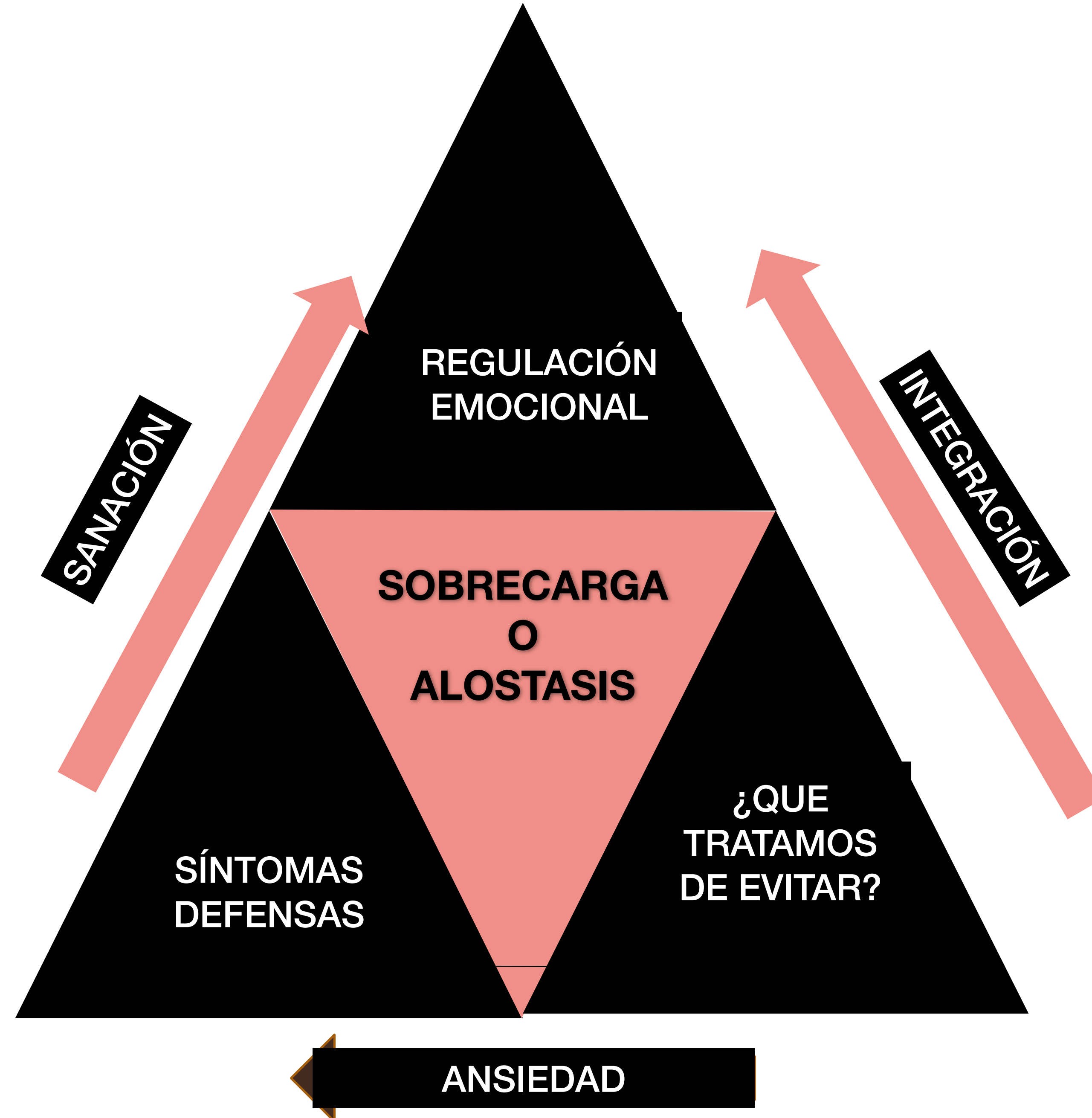
R h. ¿Por qué cree Ud. que esto ha resultado de esta manera?

U ¿Le preocupa que la gente fallezca? ¿Le preocupa o piensa sobre su propia muerte? ¿Bajo qué tipo de condiciones?

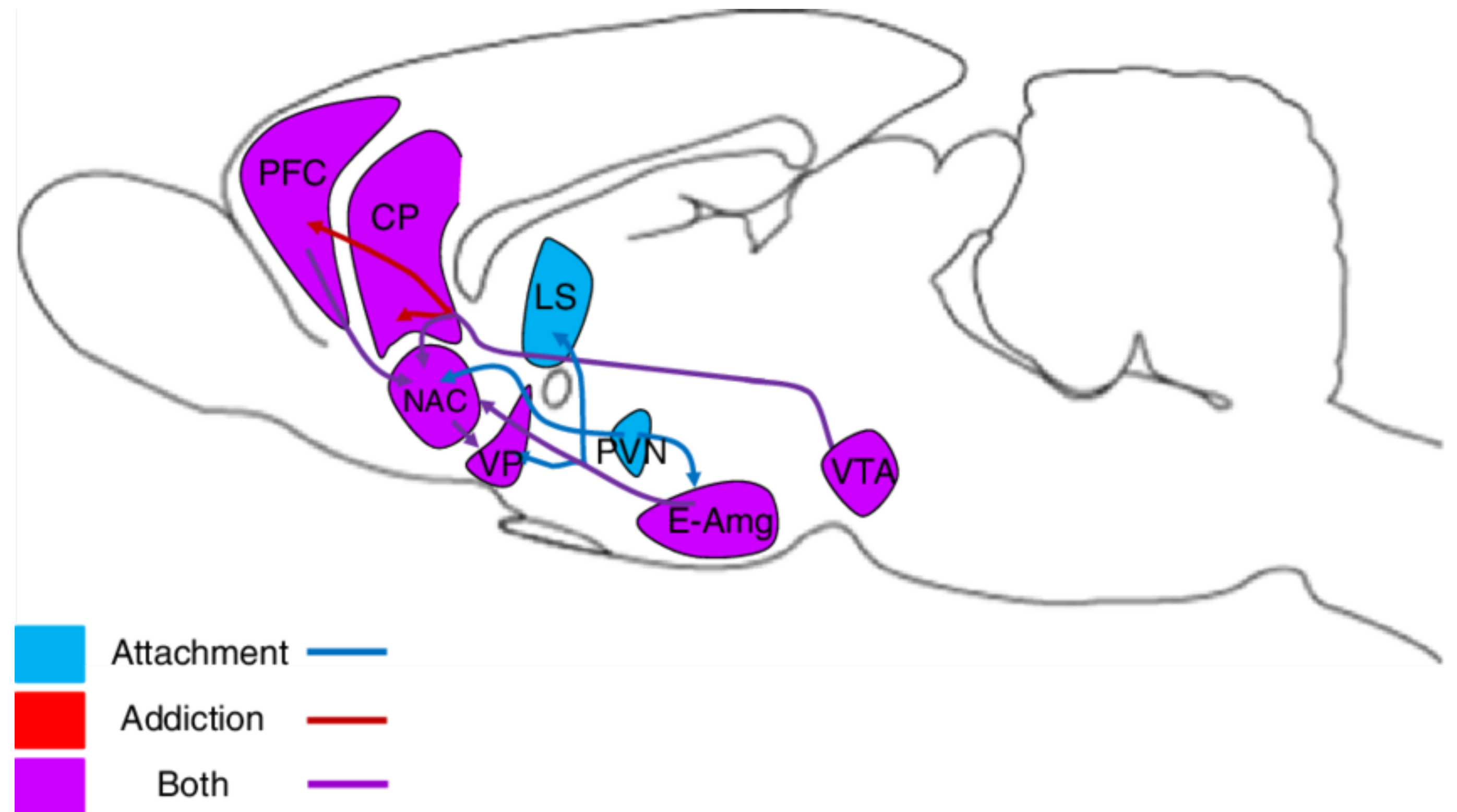
ESTRATEGIAS DE MANEJO MENTAL			
PROCESOS	AFRONTAMIENTO	DEFENSAS	ALOSTASIS
Selección de los siguientes temas para procesar	Dosificación (períodos de tiempo dentro y fuera del tema)	Negación de la importancia de un tema importante	Estados amnésicos. intrusión de temas
Modo de organización: conjunto temporal (visualización del tema por orientación a corto o largo plazo)	Observando solo un paso a la vez, relacionando el evento con una vida útil	Negación de la urgencia de la amenaza	Estados angustiados como el pánico
Modo de organización: conjunto secuencial (resolución de problemas) Adicción al trabajo, rumiación obsesiva y dudas,	Pensando solo en qué hacer a continuación, restaurando fantasías de situaciones perdidas	Preocupación por la fantasía, fe en puntos de vista poco realistas	Confusión
Modo de organización: (imágenes, músculos, sistema nervioso autónomo, hormonas)	Poder verbalizar. Las imágenes evocan demasiadas emociones (análisis intelectual)	Negación de respuestas emocionales (palabras sin imágenes, imágenes sin palabras, ideas sin emoción)	Inundación emocional
Modo de organización: poner el locus en fuentes de información externas o internas	Realizar cambios restaurativos de actividad y contemplación	Actividades compulsivas para evitar pensamientos o fantasías y evitar acciones.	Alucinaciones, se perciben presencias
Nivel de activación (excitación o activación de varios sistemas, regular el flujo de información.	Creación de ciclos de trabajo y descanso	Hipervigilancia, Evitar el sueño	Agotamiento

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

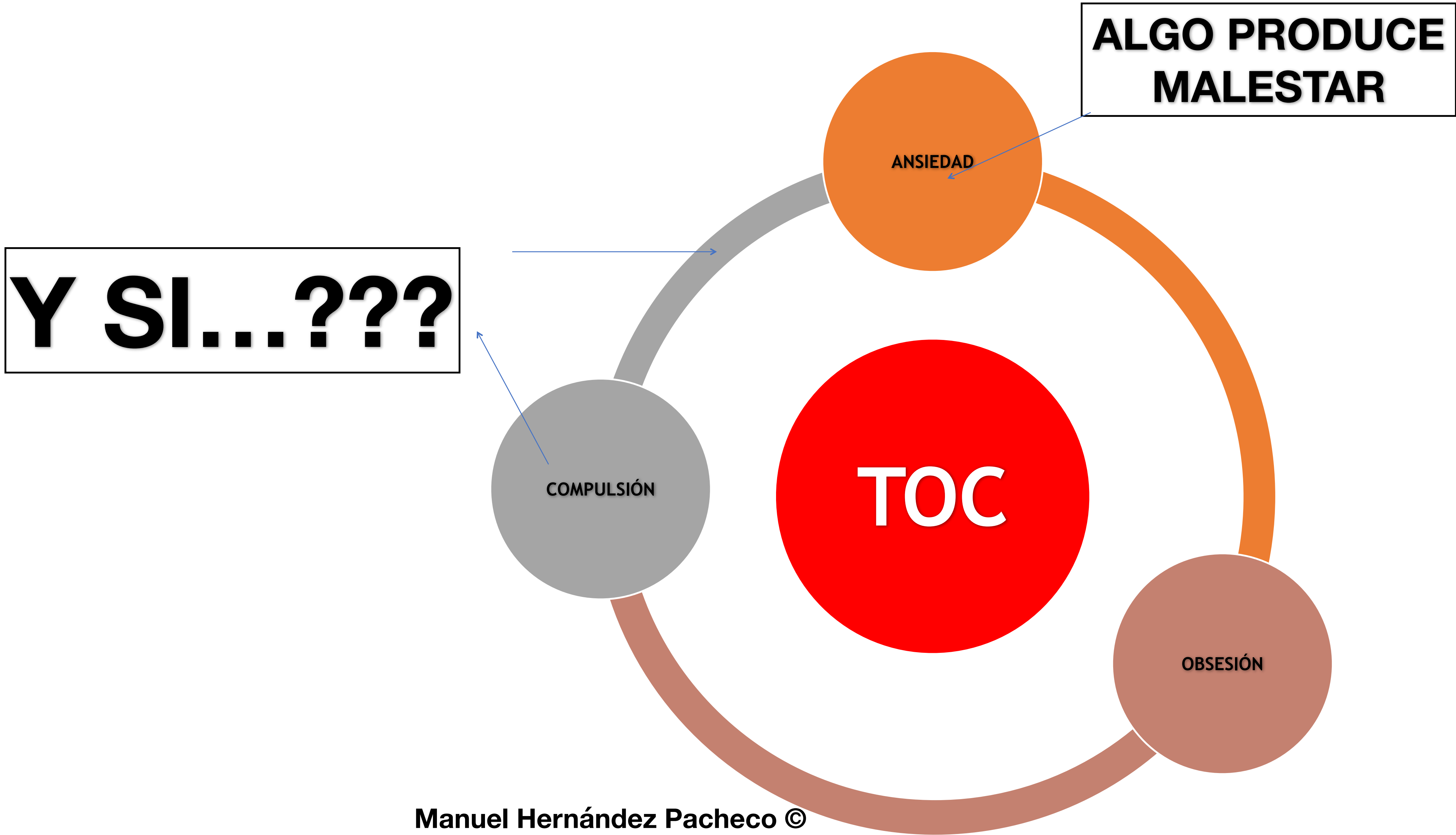
TRIANGULO
DEL
PARCUVE



Cuando la protesta no garantiza la reunión social, surge un paro / depresión gradual conductual y psicológica. En esta transición crítica, de la fase de protesta a la fase de desesperación de la depresión, emerge una nueva forma de afecto negativo sostenido que es un fenotipo depresivo completamente desarrollado. La mayor elevación del afecto negativo contribuido por el "darse por vencido" puede producir una mezcla del dolor psíquico sostenido de la separación entremezclado con la incapacidad de reclutar energías mentales como BUSCAR-euforia que caracteriza una actitud positiva ante la vida. Este estado final se caracteriza por compromisos disminuidos con el mundo y una búsqueda reducida de recompensas, reales o imaginarias. Es posible que esta fase de abandono de la "desesperación" deba ser contrarrestada no solo por las químicas cerebrales que reducen el dolor psíquico de la pérdida, sino también por las formas de elevar los impulsos de BÚSQUEDA impulsados por la dopamina que caracterizan la desesperación depresiva.







SEÑALES DE PROBLEMAS CON LA COMIDA



**EJERCICIO
EXCESIVO**



**OBSESIONES
CON LA COMIDA**



**PROBLEMAS
FÍSICOS**



**MIEDO A GANAR
PESO**



ATRACONES



**ANSIEDAD CON
LA COMIDA**



Manuel Hernández ©

HIPNOSIS DEL DUELO

Manuel Hernández ©

X

Descubre más en:
www.psicologomanuelhernandez.es

ManuelHernández
GESTIÓN EMOCIONAL


parcuve®
method



Manuel Hernández ©

PARCUVE

